**Тематический план практических занятий по гинекологии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Название темы | Число часов |
| 1 | Организация гинекологической помощи. Структура гинекологического отделения  | 4 |
| 2 | Анатомия половых органов женщины | 4 |
| 3 | Современные методы исследования в гинекологии. | 4 |
| 4 | Репродуктивная система. Регуляция деятельности РС. | 4 |
| 5 | Дисфункциональные маточные кровотечения. | 4 |
| 6 |  Аменорея | 4 |
| 7 | Нейроэндокринные синдромы | 4 |
| 8 | Воспалительные заболевания половых органов | 4 |
| 9 | Заболевания, передающиеся половым путем. Специфические воспалительные заболевания | 4 |
| 10 | Миома матки | 4 |
| 11 | Эндометриоз | 4 |
| 12 | Бесплодный брак | 4 |
| 13 | Планирование семьи | 4 |
| 14  | Опухоли яичников | 4 |
| 15 |  Патологические состояния шейки матки | 4 |
| 16 | Гиперпластические процессы эндометрия . Рак эндометрия. | 4 |
| 17 | Острый живот в гинекологии | 4 |
| 18 | Острый живот в гинекологии | 4 |
| 19 | Пузырный занос. Хорионэпителиома | 4 |
| 20 | Аномалии положения половых органов | 4 |
| 21 | Оперативные вмешательства в гинекологии. Предоперационная подготовка. Послеоперационный уход | 4 |
| 22 | Защита историй болезни | 4 |

Тематический план лекций по гинекологии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Тематика лекций | Число час. |
| 1 | Анатомия женских половых органов | 2 |
| 2 | Методы обследования гинекологических больных | 2 |
| 3 | Репродуктивная система. Регуляция деятельности | 2 |
| 4 | Дисфункциональные маточные кровотечения. | 2 |
| 5 | Аменорея | 2 |
| 6 | Нейро-эндокринные синдромы | 2 |
| 7 | Нейроэндокринные синдромы ( продолжение) | 2 |
| 8 | Воспалительные заболевания половых органов | 2 |
| 9 | Воспалительные заболевания половых органов ( продолжение) | 2 |
| 10 | Миома матки | 2 |
| 11 | Эндометриоз | 2 |
| 12 | Бесплодный брак | 2 |
| 13 | Планирование семьи. Методы контрацепции. | 2 |
| 14 | Опухоли яичников | 2 |
| 15 | Патология шейки матки | 2 |
| 16 | Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. | 2 |
| 17 | Ургентная помощь при кровотечениях в гинекологической практике | 2 |
| 18.  | Острый живот в гинекологии | 2 |
| 19. | Гормонотерапия в гинекологии | 2 |
| 20. | Гинекологические операции. | 2 |

***Методические разработки практических занятий.***

**Занятие № 1**

Организация гинекологической помощи. Структура гинекологического отделения. Студентам показаны отделения консервативной и оперативной гинекологии, в том числе процедурные, кольпоскопический кабинет, физиотерапевтический кабинет, приемный покой. Показаны инструменты,

Сделан экскурс в предыдущие семестры для оценки степени сохранения знаний по таким разделам как «Анатомия половых органов» и «Репродуктивная система».

**Занятие № 2**

**Тема: Анатомия женских половых органов.**

***Тема и ее актуальность***: К наружным половым органам относят: лобок, большие и малые половые губы (срамные) губы, преддверие влагалища, большие железы преддверия (бартолиновы), клитор и луковицы преддверия влагалища. В преддверие влагалища, под клитором, открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала.

Влагалище - трубчатый мышечный орган, покрытый изнутри слизистой оболочкой, расположен внебрюшинно, и лишь верхняя ее часть, точнее задний свод, покрыта брюшиной. Внутренняя, или слизистая, оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, не содержащим желез.

Матка - полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплотненный в переднезаднем направлении. В ней различают тело, перешеек и шейку. Выпуклая верхняя часть тела называется дном матки. Стенки матки состоят из 3 слоев:

* Внутренний - слизистая оболочка (эндометрий) с множеством трубчатых желез, покрытая цилиндрическим мерцательным эпителием. В эндометрии различают базальный слой и поверхностный слой - функциональный.
* Средний слой стенки матки - мышечный,
* Наружный слой - серозный (периметрий), представляет собой брюшину.

Маточные трубы начинаются от углов матки, идут в стороны, к боковым стенкам таза, имеют три слоя: слизистый, мышечный, серозный. В трубе различают интерстициальную, истмическую и ампулярную части, воронку.

Яичники являются парными женскими половыми железами. Они имеют миндалевидную форму, располагаются по обе стороны матки, позади широких связок, прикрепляясь к их задним листкам. Яичник покрыт слоем зачаткового эпителия, под которым располагается соединительнотканная белочная оболочка. Глубже располагается корковое вещество, в котором находятся фолликулы в разной стадии развития, желтые тела, во внутреннем мозговом слое проходят многочисленные сосуды и нервы.

Подвешивающий аппарат матки состоит из связок: круглых, широких, воронко - тазовых и собственных связок яичника.

К закрепляющему аппарату относятся крестцово-маточные, основные, маточно- пузырные и пузырно- лобковые связки.

В поддерживающий, или опорный, аппарат входят три слоя мышц и фасции тазового дна.

Кровоснабжение внутренних половых органов осуществляется маточными и яичниковыми артериями, анастомозирующими между собой. В кровоснабжении матки участвует также артерия круглой маточной связки (ветвь a. epigastrica inferior). Кровоснабжение влагалища осуществляется за счёт ветвей внутренней подвздошной артерии и влагалищной артерии, являющейся нисходящей ветвью маточной артерии. Влагалищная артерия кровоснабжает шейку и верхнюю часть влагалища. Средняя треть влагалища кровоснабжается ветвями a. vesicalis inferior, a. haemorroedalis media и a. pudenda interna.Последние две обеспечивают питанием нижний отдел влагалища.

Наружные половые органы питаются из a. pudenda interna, a. pudenda externa, a. spermatica externa.

Иннервация матки и влагалища обеспечивается plexus hypogastricus inferior (симпатическая) и nn.splanchnici pelvini (парасимпатическая).

Иннервация наружных половых органов осуществляется nn. Ileolinguinalis, genofemoralis, pudendus и из truncus sympaticus; иннервация яичника- от plexus caeleacus, plexus ovaricus и plexus hypogastricus inferior.

 ***Учебная цель***: Повторить и углубить знания по анатомии и топографии женских половых органов.

***Методика занятия***: Занятие проводится в учебной комнате, лекционном зале. Студентам демонстрируется видеофильм «Анатомия женских половых органов». Производится краткий разбор темы, далее тестовый контроль знаний студентов.

 **Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, муляжи.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Что относится к наружным половым органам?
2. Фиксирующий аппарат внутренних половых органов.
3. Что относится к внутренним половым органам?
4. Основные особенности строения влагалища.
5. Какие отделы различают в маточной трубе?
6. За счет каких сосудов осуществляется кровоснабжение яичника?
7. С какими соседними органами граничит матка?
8. Поддерживающий аппарат внутренних половых органов.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Анатомия женских половых органов».

***Литература:***

1. Э.К. Айламазян «Акушерство» (С-Петербург 1997 г.)
2. Н. Василевская, В.И. Бодяжина “Гинекология: учебник для студентов” (М.Мед. 1985 г.)
3. Кулаков В.И., Зак И.Р., Краснопольский В.И. «Оперативная гинекология» (М.Мед. 1992 г.).

  **Занятие № 3**

**Тема: Современные методы исследования в гинекологии**

***Тема и ее актуальность***: Современные методы обследования больных не снижают высокой ценности анамнестических данных. Тщательное ознакомление с анамнезом, анализ и обобщение полученных данных является основой для установления предварительного диагноза. Отмечается, что на основании данных анамнеза правильный диагноз можно поставить у 50-70% больных и определить направление дальнейшего обследования. Акцентируется внимание на особенностях сбора анамнеза у гинекологических больных (менструальная, репродуктивная, половая функции, характеристика контрацепции, заболевания мужа и т.д.). Разбирается наиболее рациональная схема сбора анамнеза, позволяющая выявить необходимые в данном случае факты. Затем студенты переходят в смотровую, куда приглашается больная и вместе с преподавателем проводят объективное обследование пациентки. Обращается внимание на тип телосложения, состояние кожных покровов, распределение подкожно- жировой клетчатки, характер оволосенения, состояние молочных желез. Последовательно переходят к гинекологическому (специальному) исследованию. Преподаватель вместе со студентами проводят осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки в зеркалах. Обращается внимание на выраженность и тип оволосенения в области лобка, развитость половых губ, состояние половой щели, высоту промежности, окраску слизистой вульвы, состояние наружного отверстия уретры, выводных протоков бартолиневых желез. При осмотре с помощью влагалищных зеркал оценивают окраску слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, наличие патологических изменений на ней, характер влагалищного отделяемого. Отмечают величину, форму шейки матки, состояние наружного зева цервикального канала. Подчеркивают важность проведения осмотра с помощью влагалищных зеркал, которое позволяет своевременно выявить предраковые заболевания и начальные проявления рака шейки матки. Затем переходят к бимануальному (влагалищно - брюшностеночному) исследованию, при котором определяется длина, растяжимость влагалища, глубина его сводов, состояние влагалищной части шейки матки, тела матки и придатков (положение, величина, консистенция, болезненность, подвижность и др.).

В дальнейшем переходят к разбору дополнительных методов обследования гинекологических больных. При отсутствии больных, подлежащих обследованию с применением дополнительных методов, разбор производиться в учебной комнате с помощью учебных рисунков. Студентам демонстрируется инструментарий, применяемый в гинекологической практике: влагалищные зеркала Симпсона и Куско, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гигара, специальная ложка для взятия мазков на флору, маточный наконечник Мандельштама, троакар, длинная игла для производства пункции брюшной полости, кюретки разных размеров, специальный наконечник для вакуум-аспирации и др.

Определяются показания и противопоказания к проведению различных методов диагностики. Разбирается техника их проведения.

Отмечается значимость тестов функциональной диагностики в распознавании нарушений менструальной функции, определения содержания гормонов в крови и их метаболитов в моче, проведения гормональных проб для уточнения функционального состояния различных отделов репродуктивной системы.

Разбираются методы определения проходимости маточных труб. Определяются показания и противопоказания к проведению пертубаций и гидротубаций, возможность применения последней с лечебной целью. Изучаются рентгенологические методы обследования. Показания к гистеросальпингографии, рентгенографии яичников и матки на фоне пневмоперитонеума, турецкого седла, надпочечников. Отмечается высокая информативность компьютерной томографии.

Студентам демонстрируется эндоскопическая аппаратура (кольпоскоп, гистероскоп, лапароскоп) или, по возможности, исследование больной. Определяется значимость каждого метода исследования в диагностике того или иного гинекологического заболевания. Разбираются методики и информативность простой и расширенной кольпоскопии, хромоскопии и кольпомикроскопии в диагностике патологии шейки матки; гистероскопии в исследовании внутриматочной патологии (синехии, полипы, гиперплазия, пороки развития); лапароскопии (кульдоскопии) в диагностике некоторых форм эндометриоза, бесплодия, синдрома склерокистозных яичников и др. необходимо отметить применение последних и с лечебной целью.

Определяются показания, противопоказания и осложнения инвазивных методов исследования.

Среди неинвазивных обследования следует отметить применение УЗИ, как одного из наиболее современных и распространенных методов обследования. Изучаются эхографические признаки опухолей матки, маточной и внематочной беременности, полипов и гиперпластических процессов эндометрия, а также фолликулогенеза и овуляции. Разбираются методики лабораторных методов исследования, в том числе гистологическое и цитогенетическое.

 ***Учебная цель***: научить студентов сбору анамнеза у гинекологических больных, проведению специального гинекологического исследования, ознакомить с дополнительными методами обследования гинекологических больных.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится последовательно в учебной комнате, смотровом кабинете, манипуляционной, рентгенкабинете, эндоскопическом (гистероскопическом) кабинете, малой операционной, кабинете кольпоскопии.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия: 4** академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, муляжи, гинекологический инструментарий.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Особенности сбора анамнеза у гинекологических больных.
2. Методы объективного исследования гинекологических больных.
3. Бимануальное исследование в гинекологии.
4. Зондирование полости матки. Показания, техника.
5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания, условия, техника.
6. Диагностическое выскабливание полости матки. Показания, условия, техника.
7. Исследование влагалищных мазков на степень чистоты.
8. Значение цитологического метода исследования в гинекологической практике.
9. Современные методы исследования функционального состояния яичников.
10. Тесты функциональной диагностики яичников.
11. Функциональные пробы с гормонами в диагностике эндокринных нарушений.
12. Методы исследования проходимости маточных труб.
13. Рентгенологические методы исследования для диагностики гинекологических заболеваний.
14. Гистеросальпингография. Показания, условия, техника.
15. Кольпоскопия (простая и расширенная).
16. Лапаро- и кульдоскопия, их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
17. Гистероскопия. Показания, условия, техника..
18. УЗ диагностика гинекологических заболеваний.
19. Генетические методы исследования.

**Тесты:**

1. На чем основано измерение базальной температуры:
	1. На гипертермическом эффекте эстрогенов.
	2. На гипертермическом эффекте прогестерона.
	3. На гипертермическом эффекте альдостерона.
	4. На гипертермическом эффекте кортизола.
	5. На выделении серотонина шишковидным телом.
2. Какой из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла:
	1. Симптом зрачка.
	2. КПИ.
	3. Базальная термометрия.
	4. Симптом «папоротника».
	5. Все перечисленное выше.
3. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:
	1. Анализа графика базальной термометрии.
	2. УЗ мониторинга развития доминантного фолликула.
	3. Гистологического исследования соскоба эндометрия.
	4. Лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичников).
	5. Определение концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12-14 день менструального цикла.
4. К тестам диагностики функционального состояния яичников относятся:
	1. Хромодиагностика.
	2. Аспирационная биопсия.
	3. Цервикоскопия.
	4. Кольпоцитология.
5. Результат теста натяжения слизи- 3 см свидетельствует о высокой степени эстрогенной насыщенности. Верно ли это утверждение:
	1. Да.
	2. Нет.
	3. Не во всех случаях.
6. Кариопикнотический индекс- это:
	1. Процентное отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами и клетками, имеющими везикулярные ядра.
	2. Процентное соотношение трех видов клеток- поверхностных, промежуточных и парабазальных.
	3. Процентное отношение поверхностных клеток к базальным.
7. В какие сроки менструального цикла необходимо проводить диагностическое выскабливание для получения наиболее информативных данных гистологических исследований:
	1. За 10-12 дней до менструации.
	2. В первый день менструации.
	3. За 5-6 дней до менструации.
	4. Сразу после окончания менструации.
8. В какой фазе менструального цикла выполняют пертубацию:
	1. В первой фазе.
	2. В периовуляторный период.

 С) Во второй фазе (16-20 день цикла).

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Методы обследования гинекологических больных».

***Литература:***

1. Василевская Л.Н. «Гинекология» (М. Медицина- 1985).
2. Бодяжина В.И., Сметник В.П. «Неоперативная гинекология».
3. Василевская Л.Н. «Кольпоскопия» (М. Медицина- 1987ё).
4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 4**

**Тема: Регуляция репродуктивной системы.**

***Тема и ее актуальность***: Репродуктивная система относится к функциональным системам, т.е. системам, включающим центральные и периферические звенья, работающие по принципу обратной связи.

 РС обеспечивает воспроизводство человека-существование вида. В отличие от других жизненно важных систем организма человека, начинающих функционировать с момента рождения и даже в антенатальном периоде, РС достигает оптимума к 16 года, в 45 - угасает репродуктивная функция РС и в 55- гормональная.

 РС организована по иерархическому принципу. В ней выделяют 5 уровней, функция каждого из которых по механизму обратной связи регулируется вышележащим.

 ПЕРВЫМ УРОВНЕМ РС являются ткани–мишени (половые органы, молочные железы, волосяные фолликулы). Их клетки обладают специфичностью к половым стероидам. Свободная молекула гормона, соединяясь с цитозол-рецептором, образует комплекс, поступающий в ядро клетки и связывающийся с хроматином, что меняет транскрипцию ДНК и способствует синтезу белка. Количество цитозол-рецепторов меняется в зависимости от функционального состояния яичников.

 "Изолированные" органы могут работать на минимальном режиме, благодаря межклеточным регуляторам простагландинам и внутриклеточному медиатору протогормону- ЦАМФ - циклический аденозинмонофосфат.

 ВТОРОЙ УРОВЕНЬ РС - яичник.

 Существует так называемая двухклеточная теория яичникового стероидогенеза. Тека - клетки под влиянием ЛГ продуцируют андрогенные предшественники, и гранулезные клетки являются местом, где происходит конверсия андрогенов в эстрогены-17-В эстрадиол, наиболее активный эстрогенный гормон у человека. Там же продуцируется белковый гормон ингибин.

 Прогестерон вырабатывается клетками желтого тела.

 Яичниковые гормоны оказывают влияние на все звенья репродуктивной

системы.

 ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ РС - передняя доля гипофиза.

 В гипофизе вырабатываются: Лютропин-ЛГ, фолитропин-ФСГ, пролактин - ПРЛ.

 ФСГ стимулирует рост примордиальных фолликулов и индуцирует образование рецепторов ЛГ на мембране гранулезных клеток, а также способствует конверсии андрогенов в эстрогены.

 ЛГ - стимулирует стероидогенез, лютеинизацию клеток гранулезы, секрецию прогестерона.

 ПРЛ секретируется лактофорами гипофиза, оказывает влияние на молочную железу, способствует синтезу прогестерона, при высоких концентрациях подавляет стероидогенез в яичниках. Существует тоническая - постоянная секреция гонадотропинов и циклическая, зависящая от концентрации гормонов яичников и от уровня РФ-ЛГ.

 ЧЕТВЕРТЫЙ УРОВЕНЬ РС - гипоталамус.

 Гипоталамус (подбугорье) - скопление ядер нервных клеток с многочисленными нисходящими и восходящими волокнами. В нервных клетках гипоталамуса образуется нейросекрет, который по аксонам нервных клеток попадает в кровь портальной системы. Выделены рилизинг-факторы ЛГ и ТТГ-тиреотропного гормона. РФ-ЛГ стимулирует выработку гонадоторопинов, РФ-ТТГ - стимулирует выделение пролактина. Допамин подавляет выработку пролактина.

 ПЯТЫЙ УРОВЕНЬ РС - экстрагипоталямические структуры ЦНС, воспринимающие импульсы внешней среды и передающие их через систему нейротрансмиттеров в ядра гипоталямуса. К ним относятся миндалина, гипокамп, эпифиз.

 Нормальный менструальный цикл включает 3 основных компонента: циклические изменения в системе гипоталамус-гипофиз-яичник, циклические изменения в матке - маточный цикл, циклические изменения в других системах организма, так называемая менструальная волна.

 Средняя продолжительность нормального менструального цикла-28 дней (21-40).Менструальное кровотечение продолжается от3 до 7 дней. Средняя кровопотеря составляет 25 мл(10-55)

Специализированные нейроны головного мозга получают информацию из внешней среды, преобразуют ее в нейрогормональные сигналы, которые поступают в нейросекреторные клетки гипоталамуса. Последние секретируют и инкретируют РФ-ГГ и РФ-ТТГ. Через локальную кровеносную сеть гипоталамо-гипофизарной воротной системы рилизинг - факторы поступают в переднюю долю гипоталауса, что вызывает секрецию и выброс ЛГ и ФСГ. Последние поступают в яичники по кровеносной системе и ФСГ стимулирует рост и развитие фолликулов, а ЛГ - стероидогенез. Для обеспечения нормального менструального цикла (МЦ) содержание этих гормонов должно находиться в определенном соотношении.

После овуляции клетки гранулезы васкуляризируются и формируется желтое тело. Базальный уровень ЛГ и ПРЛ стимулирует в нем секрецию прогестерона и эстрадиола. Эти гормоны, постепенно накапливаясь, тормозят синтез РФ-ГГ. Снижение концентрации РФ-ГГ вызывает уменьшение выработки ЛГ и ФСГ, что подавляет стероидогенез. Изменение концентрации эстрогенов и прогестерона вызывает отторжение функционального слоя эндометрия - менструальное кровотечение. Это же обстоятельство способствует растормаживанию деятельности гипоталамуса и гипофиза и циклические изменения повторяются.

Нарушения менструального цикла могут проявляться как в увеличении кровопотери, ее продолжительности, нарушении ритма, уменьшении кровянистых выделений, более редких и коротких менструациях.

 ***Учебная цель***: Ознакомить студентов с механизмом регуляции репродуктивной системы (РС), уровнями регуляции. Разобрать двухклеточную теорию яичникового стероидогенеза, эндокринологию развивающегося организма, управление нормальным менструальным циклом.

***Методика занятия***: Занятие проводится в учебной комнате и в гинекологическом отделении. Используются таблицы по теме. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациенты с нарушениями менструального цикла для сбора анамнестических данных.

В**ид занятия:** практическое занятие. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, муляжи.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Дайте определение репродуктивной системе.
2. Перечислить 5 уровней репродуктивной системы.
3. Охарактеризуйте 1-й уровень РС.
4. Охарактеризуйте 2-й уровень РС.
5. Охарактеризуйте 3-й уровень РС.
6. Охарактеризуйте 4-й уровень РС.
7. Охарактеризуйте 5-й уровень РС.
8. Перечислите этапы дифференцировки РС.
9. Эндокринология новорожденного.
10. Раннее детство. Эндокринология.
11. Позднее детство. Юношество. Эндокринологический профиль.
12. Перечислите 3 основных компонента нормального менструального цикла.
13. Что такое овуляция?
14. Что происходит под влиянием ФСГ в яичниках, матке?
15. Что происходит под влиянием ЛГ на уровне яичников, эндометрия?
16. Гистологическая картина эндометрия как характеристика функционального состояния яичников?
17. Перечислите виды патологических маточных кровотечений.

***Тесты:***

1. Укажите основные биологические свойства эстрогенов:
	1. Активизируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.
	2. Усиливают синтез остеобластов.
	3. Оказывают антиатеросклеротическое действие.
	4. Уменьшают свертываемость крови.
2. Перечислите основные биологические свойства прогестерона:
	1. Вызывают секреторную трансформацию эндометрия.
	2. Оказывают натрийдиуретическое действие.
	3. Уменьшают возбудимость и сократимость мускулатуры матки.
	4. Активизирует пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.
3. Предшественники эстрогенов в яичниках являются:
	1. Простагландины F2альфа и Е2.
	2. Андрогены.
	3. Ингибин.
	4. Прогестерон.
4. Тканями- мишенями для половых стероидных гормонов являются:
	1. Слизистая оболочка влагалища.
	2. Железистые структуры молочных желез.
	3. Эндометрий.
	4. Фолликулы кожи.
5. Под женским типом роста волос подразумевают:
	1. Дугообразную форму линии роста волос по лбу.
	2. Рост стержневых волос на крестце.
	3. Горизонтальную линию роста волос над лоном.
	4. Рост волос по средней линии живота.
6. В фолликулиновую фазу менструального цикла наблюдается:
	1. Секреторная трансформация эндометрия.
	2. Повышение секреции аденогипофизом фоллитропина.
	3. Регресс желтого тела.
	4. Рост и созревание фолликула.
7. В лютеиновую фазу менструального цикла происходит:
	1. Образование желтого тела.
	2. Нагрубание долек молочных желез.
	3. Секреторная трансформация эндометрия.
	4. Снижение трансформации пролактина.
8. Основными стероидообразующими тканями яичников являются:
	1. Гранулеза.
	2. Белочная оболочка.
	3. Текольная оболочка.
	4. Поверхностный эпителий.
9. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма:
	1. Симптом «зрачка».
	2. Кариопикнотический индекс.
	3. Симптом кристаллизации шеечной слизи (симптом «папоротника»)

 D) Базальная температура.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Регуляция репродуктивной системы».

***Литература:***

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. «Неоперативная гинекология: Руководство для врачей» (СПБ Сотис 1995г.,)
2. «Руководство по эндокринной гинекологии» под ред. Е.М. Вихляевой (М. ООО « Медицинской информационное агентство», 1998 г.)
3. «Руководство по гинекологической эндокринологии» под ред. В.И. Серова. (М. Медицина, 1995 г.)

**Занятие№ 5.**

**Тема: Дисфункциональные маточные кровотечения**

***Тема и ее актуальность***: ДМК возникают в связи с нарушениями в системе гипоталамус- гипофиз - яичники - матка. При этом на первый план выступают не структурные, а функциональные нарушения. ДМК наблюдаются у 14-18% среди гинекологических больных и наиболее часто встречаются в периоде жизни женщины, когда устойчивость к неблагоприятным воздействиям оказывается пониженной. В связи с этим выделяют ювенильные и климактерические кровотечения; менее часто эта патология возникает в период половой зрелости. ДМК - полиэтиологические заболевания, возникновению которых способствует нервное перенапряжение, психические травмы, экстрагенитальные заболевания, перенесенные воспалительные заболевания женских половых органов, сопровождающиеся понижением функции яичников, нерациональное питание, нарушение деятельности эндокринных желез, интоксикации инфекции (особенно грипп, хронический тонзиллит), ионизирующая радиация, черепно- мозговая травма.

Патогенез ДМК обусловлен нарушениями периодичности выделения ФСГ и ЛГ гипофиза, которые находятся под контролем гипоталамуса. Отсутствие овуляции наиболее часто бывает вызвано нарушениями циклической продукции гонадотропных гормонов. Особенно велика при этом роль нарушенной продукции ЛГ. ДМК в зависимости от нарушения развития фолликула, овуляции и состояния желтого тела делятся на овуляторные и ановуляторные. Овуляторные маточные кровотечения выделяют 3 варианта:

1. Укорочение фолликулярной фазы цикла.
2. Укорочение лютеиновой фазы цикла.
3. Удлинение лютеиновой фазы цикла

Кроме того, к этой группе нарушений менструального цикла относят овуляторные межменструальные кровотечения.

Клиника, диагностика различных форм ДМК. В терапии ДМК выделяют три этапа. На первом из них должен быть обеспечен гемостаз - максимально быстрая остановка кровотечения, что осуществляется, как правило, условиях стационара. На втором этапе проводятся коррекция гормональных нарушений, восстановление ритма менструаций, профилактика повторных кровотечений. Третий этап- реабилитация больных, основной задачей которого является восстановление репродуктивной функции у женщин молодого возраста путем индукции овуляции, восстановления фаз нарушенного овуляторного цикла; в пременопаузе - проведение коррекции имеющихся гормональных расстройств, профилактики новообразований.

У женщин репродуктивного возраста, особенно в пременопаузе, остановку кровотечения всегда следует начинать с выскабливания слизистой оболочки матки, которое является не только терапевтическим, но и диагностическим мероприятием.

При ДМК ювенильного периода назначаются средства повышающие сократительную функцию матки (окситоцин, питуитрин), свертываемость крови (дицинон, викасол, хлористый кальций) и гормональный гемостаз. Для этого применяются различные гормональные препараты: эстрогены, гестагены, комбинированные эстроген - гестагенные препараты.

Широкое распространение с гемостатической целью при ДМК получили синтетические прогестины, содержащие как эстрогенный, так и гестагенный компоненты (нон-овлон, бисекурин, морвелон и др.) Их с целью гемостаза назначают по схеме: 5 таб. 1-й день, 4 таб. 2-й день, 3 таб. 3-й день, 2 таб. 4-й день, в последующем по 1 таб. в день в течение 18 дней). Далее с целью регуляции менструального цикла и для профилактики ДМК их назначают в течение 3-4 мес. по обычной схеме.

 При меноррагиях назначаются средства, повышающие сократительную функцию матки, свертываемость крови, проводят антианемическую терапию.

Гормональное лечение можно сочетать с физиотерапией.

В пременопаузе при наклонности к рецидивированию кровотечений приходится решать вопрос о прекращении менструальной функции. Для этого назначают андрогены. У некоторых больных прибегают к криотерапии или оперативному лечению (удаление матки).

 ***Учебная цель***: изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и терапию различных форм ДМК.

***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении и в малой операционной. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациентки с ДМК для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируется полученные данные. Студенты принимают участие в проведении лечебно- диагностического выскабливания слизистой полости матки. Собирают материал на гистологическое исследование, оформляют бланк- направление на гистоанализ.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, муляжи.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Этиология ДМК.
2. Патогенез ДМК.
3. Возрастная классификация ДМК.
4. Классификация ДМК.
5. Схема обследования больных с ДМК.
6. Овуляторные маточные кровотечения при укорочении фолликулярной фазы. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Овуляторные маточные кровотечения при укорочении лютеиновой фазы. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Овуляторные маточные кровотечения при удлинении лютеиновой фазы. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Овуляторные межменструальные кровотечения. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Ановуляторные маточные кровотечения. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Способы гемостаза при ДМК (медикаментозный, гормональный, физический, лучевой, рефлексотерапия).
12. Принципы и методы регуляции менструального цикла при ДМК.
13. Задачи гормонотерапии в пожилом возрасте.
14. Профилактика ДМК, диспансеризация.
15. Постгеморрагическая терапия при ДМК у больных различных возрастных групп.
16. Особенности лечения ювенильных кровотечений.

***Тесты:***

1. Длительность менструации увеличивается при:
	1. Меноррагии.
	2. Гиперменорее.
	3. Метроррагии.
	4. Геморрагической метропатии.
2. Наличие выраженного симптома зрачка в течении всего менструального цикла свидетельствует о:
	1. Недостаточности функции желтого тела.
	2. Гиперэстрогении.
	3. Гипоэстрогении.
3. Является ли гистероскопия информативным методом при обследовании женщин с ДМК:
	1. Да.
	2. Нет.
4. Монотонная базальная температура ниже 37 градусов на протяжении менструального цикла свидетельствует о:
	1. Нормальном двухфазном цикле.
	2. Двухфазном цикле с недостаточностью второй фазы.
	3. Двухфазном цикле с недостаточностью первой фазы.
	4. Однофазном ановуляторном цикле.
5. Остается ли повышенной базальная температура при длительной персистенции желтого тела и кровотечении:
	1. Да.
	2. Нет.
6. Содержание гестагенов в крови при укорочении лютеиновой фазы:
	1. Нормальное.
	2. Сниженное.
7. Ановуляторые ДМК:
	1. Не связаны с персистенцией фолликкула.
	2. Связаны с атрезией фолликула.
	3. Связаны с персистенцией желтого тела.
	4. Связаны с преждевременной инволюцией желтого тела.
8. Овуляторные кровотечения:
	1. Связаны с атрезией фолликула.
	2. Связаны с персистенцией фолликкула.
	3. Не связаны с персистенцией желтого тела.
	4. Связаны с преждевременной инволюцией желтого тела.
9. Какое из утверждений является неверным в отношении гормонального гемостаза:
	1. Может проводится как эстрогенами, так и гестагенами.
	2. Может проводится синтетическими прогестинами.
	3. Может проводится в любом возрастном периоде.
	4. Может проводится прогестеронами и андрогенами.
10. ДМК:
	1. Составляют 30-35% всех гинекологических заболеваний.
	2. Чаще всего связаны со структурными изменениями в системе гипоталамус- гипофиз - яичники - матка.

 С) Чаще всего возникают в период полового созревания и в климактерическом периоде.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Дисфункциональные маточные кровотечения».

***Литература:***

1. Василевская Л.Н. «Гинекология» (М. Медицина- 1985)

Зайцев Н.А. «Дисфункциональные маточные кровотечения» (Киев 1977)

1. Добротина «Дисфункциональные маточные кровотечения»
2. Айламазян Э.К., Рябукова И.Т. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии» (С-Петербург, 1992)

**Занятие № 6.**

**Тема: Аменорея.**

***Тема и ее актуальность:*** Аменорея (А) - отсутствие менструаций. А. может быть физиологической. Физиологическая аменорея - отсутствие менструаций у девочек до пубертатного периода, у женщин во время беременности и в постменопаузе.

 Патологическая аменорея может быть первичной и вторичной. Существуют различные классификации аменореи, но наиболее удобной является, по нашему мнению, классификация Пауэрса, согласно которой первичную аменорею классифицируют по клиническим признакам, а вторичную аменорею по уровню поражения того или иного звена репродуктивной системы.

 **Классификация первичной аменореи**

 I ПОЛОВОЙ ИНФАНТИЛИЗМ

 1. *НИЗКИЙ РОСТ*

 а) синдром Тернера

 б) гипопитуитаризм

 в) ювенильный гипотиреоидизм

  2. *НОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ ВЫСОКИЙ РОСТ*

 а) истинная агенезия половых желез

 б) гипогонадотропный гипогонадизм

 II НАЛИЧИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ

  1. *ЖЕНСКИЙ ТИП ПОЛОВОГО СОЗРВАНИЯ*

 а) тестикулярная феминизация

 б) агенезия матки и влагалища

 в) криптоменорея

 г) идиопатическая задержка полового развития

 2. *МУЖСКОЙ ТИП ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ*

 а) АГС

 б) вирилизирующий мужской половой диморфизм

 в) недостаточность андроген-резистентности

 г) смешанная дисгенезия половых желез

 3. *ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ*

 4. *СИНДРОМ ПРЕПУБЕРТАТНЫХ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ*

 **Классификация вторичной аменореи**

 (Построена по топическому признаку)

 ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА:

1. ОРГАНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ: а) опухоли турецкого седла

 б) повреждения ножки

 в) опухоли гипофизарной ямки

 г) некроз гипофиза

 д) синдром пустого турецкого седла

 II. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ФОРМЫ

 а) хроническая гипоталамическая ановуляция

 б) гиперпролактинемическая

 в) нервная анорексия

 г) ложная беременность

 д) синдром поликистозных яичников (атипичная форма)

 *ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА:*

 а) опухоли яичников

 б) синдром истощения яичников

 в) синдром резистентных яичников

 *МАТОЧНОГО ГЕНЕЗА:*

 а) синдром Ашермана

 б) туберкулез эндометрия

 *МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА*

 а) гипотиреоидизм и гипертиреоидизм

 б) синдром Иценко-Кушинга

 в) хроническая почечная недостаточность

 г) заболевания печени

 АМЕНОРЕЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

 К врожденным формам гипоталамической аменореи относится синдром Калльмана.

 Патогенез: ряд врожденных и спорадически возникающих дефектов связан с изолированной гипоталамической недостаточностью выработки ЛГ-РФ, что приводит к избирательному нарушению секреции ФСГ и ЛГ. Последнее, в свою очередь, вызывает нарушение полового развития и половой инфантилизм. Обычно эта патология сопровождается дефектом развития обонятельного центра мозга, что выражается в аносмии.

 Клиника: Первичная аменорея у девушки высокого роста в сочетании с половым инфантилизмом и аносмией.

 Результаты обследования: снижение ФСГ и ЛГ.

 Лечение: экзогенные гонадотропины.

 Аменорея гипоталамического генеза может быть связана с функциональными нарушениями гипоталамуса. Причинами их могут быть вынужденное голодание, нервное потрясение, некоторые лекарственные препараты, соматическая патология.

 Патогенез: усиление обратной отрицательной связи через эстрадиол на гипоталамическом уровне. В частности при голодной аменорее происходит изменение метаболизма эстрадиола в печени, в результате чего образуется не эстриол, а катехол-2-гидроксистерон, который подавляет выработку ЛГРФ.

 Клиника: аменорея без приливов жара к лицу, но с признаками эстрогенного дефицита.

 Результаты обследования: ФСГ в пределах нормы, ЛГ - концентрация снижена, эстрогены также понижены. R-грамма турецкого седла в норме.

 Лечение: психотерапия, кломифен, нормализация питания, препараты, улучшающие функцию печени. Введение экзогенных эстрогенов не рекомендуется.

 НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ.

 Наблюдается у молодых женщин чаще с высоким интеллектом, которые подвергают себя принудительному голоданию с целью похудания или принимают рвотные и слабительные средства.

 Патогенез: снижение выработки ЛГРФ, что приводит к снижению продукции ЛГ и ФСГ, снижению основного обмена. Особенностью этой формы аменореи является длительное сохранение функции надпочечников, поэтому сохраняется оволосение и работоспособность.

 Клиника: на фоне похудания, сухости кожи, брадикардии, гипотермии развивается вторичная аменорея с обратным развитием молочных желез, уменьшением матки. При продолжительном течении заболевания появляется желтушность кожных покровов, что связано с повышением концентрации каротина в сыворотке крови.

 Результаты обследования: ЛГ снижение, ПРЛ в пределах нормы, эстрогены - снижение. При значительном снижении концентрации калия в сыворотке крови наблюдается гипокалиемический алкалоз.

Содержание мочевины и каротина повышено.

 Лечение: Терапия у психолога, симптоматическое лечение, парентеральное питание, малые дозы эстрогенов.

 Прогноз при длительной аменорее неблагоприятен.

 ЛОЖНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

 Наблюдается у женщин, страстно жаждущих иметь детей или очень боящихся наступления беременности.

 Патогенез: Эндогенная депрессия приводит с снижению катехоламинов на уровне гипоталамуса, что приводит к повышению концентрации пролактина и ЛГ. Это поддерживает существование желтого тела с определенным (повышенным) содержанием прогестерона.

 Клиника: аэроколия, рвота, увеличение молочных желез, аменорея.

 Результаты обследования: ФСГ-N, ЛГ повышен, может быть положительная реакция на ХГ в связи с аналогичными с ЛГ иммунологическими характеристиками.

 Лечение: необходимо суметь доказать женщине отсутствие у нее беременности, провести прогестероновый тест, который обычно бывает положительным. В последующем рекомендуется прием эстроген-гестагенных препаратов.

 СУПРАСЕЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ

 Опухоли в области гипоталамуса нарушают секрецию ЛГРФ, снижается синтез гонадотропных гормонов.

 Клиника: Аменорея с признаками гипотиреоидизма на фоне изменений зрения: атрофия зрительного нерва, битемпоральная гемианопсия, головная боль, рвота, нарушение сознания. В последующем могут появиться признаки пангипопитуитаризма.

 Результаты обследования: ФСГ и ЛГ ниже нормы, пролактин-норма. R-грамма черепа - эрозии задней стенки турецкого седла в результате прорастания опухолью, повышение внутричерепного давления. Исчерпывающие данные могут быть получены при компьютерной томографии и использовании магнитно-ядерного резонанса.

 Лечение: оперативное, возможна последующая ретген-терапия и длительная заместительная терапия эстрогенами, кортикостероидами и гормонами щитовидной железы.

 Интраселлярные опухоли

 В последнее время частота аденом гипофиза значительно возросла, что обусловлено использованием в медицине компьютерной томографии и магнитно-ядерного резонанса, радиоиммунологических методов исследования концентрации гормонов в сыворотке крови.

Среди опухолей гипофиза на первом месте стоят пролактиномы, составляющие 44%.

 Клиника: патологическая секреция молока, нарушение менструальной функции, головные боли, головокружения, нарушение зрения, то есть симптомы опухоли гипофиза. Это сопровождается уменьшением размеров матки и яичников, молочные железы, напротив, увеличиваются в размерах.

 Результаты обследования: увеличение концентрации пролактина, увеличение гипофизарной ямки, эрозия задней стенки турецкого седла, снижение концентрации яичниковых гормонов.

 Лечение: лучевая терапия, хирургическое лечение.

 Пангипопитуитаризм

 Болезнь Симмондса - заболевание, связанное с опухолью гипофиза, туберкуломой, сифилитической гуммой. Клинические проявления характеризуются полигландулярной недостаточностью и признаками опухоли мозга.

 Синдром Шихана - патологический процесс, связанный с беременностью, патологическими родами. Возникает чаще после массивных кровотечений в родах или послеродовом периоде. Описаны случаи некроза "молчащей аденомы "гипофиза во время беременности. Патогенез синдрома Шихана: Заболевание развивается вследствие некроза гипофиза, в результате спазма сосудов передней доли гипофиза на фоне массивной кровопотери, бактериального шока, чему способствует особенность кровоснабжения передней доли гипофиза, масса которого во время беременности увеличивается в два раза. Предрасполагающиим фактором считают гестозы.

 Клиника: Выраженная клиническая картина развивается при значительном поражении гипофиза - не менее 60%. Лактотропная, соматотропная и гонадотропная недостаточность, головная боль бифронтальная, тошнота и рвота, повышение внутричерепного давления, нарушение лактации, аменорея с обратным развитием вторичных половых признаков. Выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах. Гипотиреоидизм. Непереносимость холода, безразличие, замедление рефлексов. Депигментация, гипотония, атрофия кожи гипогликемия-гипосоматотропизм.

 Диагностика: Дифференциальный диагноз проводят с нервной анорексией болезнью Симмонса, микседемой. Результаты исследования позволяют выявить снижение гонадотропинов, АКТГ, ТТГ, эстрадиола, кортизола.

 Лечение: заместительная терапия глюкокортикоидами, гомонами щитовидной железы, эстрогенами. После 40 лет используют малые дозы андрогенов.

 Функциональная гиперпролактинемия

 Причины: ятрогенные - психотропные эстрогены, ОК, опиаты, производные раувольфии, антигистаминные препараты.

 Операции на грудной клетке, позвоночнике, области шеи и таза. Опоясывающий лишай, ХПН.

 Лечение: Парлодел, фуросемид.

 Токсические продукты, возникающие при уремии, снижают реактивность половых желез на действие гонадотропинов и гипофиза на гипоталямические воздействия. Снижение метаболического клиренса ЛГ вызывает повышение его концентрации в плазме до уровня, характерного для менопаузы. Пролактин повышается.

 ЯИЧНИКОВАЯ АМЕНОРЕЯ

 Существуют врожденные и приобретенные аменореи яичникового генеза. Процесс половой дифференцировки начинается с момента оплодотворения и заканчивается в пубертатном периоде. Патологическая дифференцировка половой гонады может зависеть от следующих причин:

 1.хромосомные аномалии

 2.вирусные инфекции

 3,аутоиммунные процессы

 4.облучение

 5.гормонотерапия во время беременности

 6.семейная предрасположенность

 7.возраст родителей

 Клинические формы нарушения дифференцировки половых желез.

 СИНДРОМ ТЕРНЕРА

 Дисгенезия гонад, лентовидные яичники.

 Патогенез: генотип 45Х, мозаичный вариант, структурный дефект короткого плеча Х хромосомы. В связи с недостаточностью полового хромосомного материала нарушен процесс деления половых клеток (мейоз) и ооциты исчезают из яичников сразу после или до рождения. Развитие фолликулов и синтез эстрогенов отсутствуют, что приводит к половому инфантилизму. Патология короткого плеча Х-хромосомы, которая не поддается коррекции обуславливает низкий рост индивидуума.

 Клиника: малый рост + половой инфантилизм, складки на шеи, низкая линия оволосения на затылке, плоскогрудие или бочкообразная грудная клетка, широкое расстояние между сосками, антимонголоидный разрез глаз, сводчатое небо. Обычно этой патологии сопутствует аутоиммунный тиреоидин.

 Результаты обследования: ФСГ и ЛГ высокие концентрации. R-графия черепа без патологии, кариотип 45Х.

 Лечение: Достижение фертильности невозможно, показана заместительная терапия эстрогенами.

 ИСТИННАЯ ДИСГЕНЕЗИЯ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

 Синонимы: овариальная дисгенезия, синдром Суайра.

 Патогенез:46% больных имеют кариотип 46 ХХ, в этих случаях патогенез неизвестен,30%-46ХУ - нарушение секреции или функционирования дифференциатора мужских половых желез.

 Клиника: первичная аменорея и инфантилизм сопровождаются высоким ростом и евнухоидным видом.

 Результаты обследования: ФСГ и ЛГ высокие Кариотип 46ХУ,46ХХ, мозаичный(24%).

 Лечение: эстроген заместительная терапия, при наличии У хромосомного материала билатеральная гонадэктомия.

 ТЕСТИКУЛЯРНАЯ ФЕМИНИЗАЦИЯ

 СИНОНИМЫ: СИНДРОМ ПОЛНОЙ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНДРОГЕНАМ

 Патогенез: недостаточное количество или неполноценность периферических рецепторов андрогенов предотвращает развитие половых органов по мужскому типу, нормальное действие ингибирующего фактора Мюллера в этом периоде способствует тому, что внутренние женские половые органы не развиваются. Кариотип 46ХУ, в брюшной

полости или в паховом канале обнаруживаются яички. Клиника: женская внешность, молочные железы развиты, но роста волос на лобке и в подмышечных впадинах нет. Лапароскопическое исследование позволяет установить, что матки, маточных труб,

яичников нет. Влагалище представляет собой короткий слепой мешок.

 Результаты обследования: ФСГ и ЛГ повышены, тестостерон нормальная концентрация для мужчин-3 нг/л.

 Лечение билатеральная гонадэктомия, эстрогенная заместительная терапия.

 Прогноз: замужество и половая жизнь возможны.

 СИНДРОМ РЕЗИСТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ

 Патогенез: блокада цитозол рецепторов гонадотропных гормонов в яичниковой ткани.

 Диагноз может быть установлен после лапароскопической биопсии яичниковой ткани, при которой выявляются примордиальные фолликулы. Предварительное проведение эстрогенной пробы дает положительные результаты. Концентрация гонадотропинов в сыворотке крови несколько повышена в связи с отсутствием ингибирующего

влияния продуктов стероидогенеза в яичниках.

 Лечение: заместительная терапия малыми дозами эстрогенов.

 Прогноз восстановления менструальной и репродуктивной функций неблагоприятен.

 ВТОРИЧНАЯ ЯИЧНИКОВАЯ АМЕНОРЕЯ

 Преждевременная недостаточность яичников.

 Синоним - синдром истощения яичников.

 Патогенез: идиопатическое изменение состояния яичников, семейно-наследственная предрасположенность, аутоиммунное состояние, вирусный герпетический оофорит или хромосомные нарушения, которые могут вызвать при большой их выраженности первичную аменорею.

 Клиника: неожиданно или после предшествующей опсо-олиго-менорреи наступает аменорея. Типичны признаки гипоэстрогенизма: приливы жара к лицу, потливость, вегетососудистая дистония.

 Результаты исследования: ФСГ и ЛГ - повышение концентрации. Пролактин в пределах нормы. Эстрадиол - низкие концентрации. При биопсии яичников - фолликулы не определяются.

 Лечение: заместительная гормонотерапия.

 Причиной вторичной яичниковой аменореи могут быть опухоли яичников и надпочечников.

 Надпочечники: синдром Иценко-Кушинга, андрогенсекретирующая опухоль.

 Яичники: - текаклеточные опухоли

 - андробластома

 - сертоли-Лейдига

 МАТОЧНАЯ АМЕНОРЕЯ

 Агенезия матки и влагалища

 СИНОНИМЫ: синдром Рокитанского - Кюстнера Частота: второе место среди причин первичной аменореи после дисгенезии гонад.

 Патогенез: Дефект мюллеровых нитей в период органогенеза приводит к недоразвитию или отсутствию средней части маточных труб, матки, верхнего отдела влагалища.

 Клиника: Вторичные половые признаки развиты, наружные половые органы в норме. Влагалище - короткий слепой мешок. При бимануальном исследовании матка не определяется.

 Результаты обследования:

Кариотип 46 ХХ ФСГ и ЛГ в норме Лапароскопия: существуют яичники

и фимбриальные отделы маточных труб.

 Лечение: операция кольпопоэза.

 Прогноз: замужество и половая жизнь возможны. Фертильность исключена.

 Синдром Ашермана

 Синонимы: травматическая аменорея, внутриматочные синехии.

 Патогенез: Выскабливание полости матки, инфицирование ее, при которых наступает атрофия эндометрия. Первоначально в связи с повреждением внутреннего зева может возникнуть гематометра, при несвоевременном обращении это приводит к атрофии эндометрия.

 Обследование: гормональный статус на ранних стадиях в норме.

Гистеросальпингография и зондирование полости матки, а также УЗИ выявляют внутриматочные синехии.

 Лечение: гистероскопическое разъединение спаек, введение ВМК, малые дозы эстрогенов, подсадка эндометрия от доноров.

***Учебная цель:*** Ознакомить студентов с понятием, классификацией аменореи.

Научить диагностике и принципам лечения основных клинических форм этой патологии.

***Методика занятия:*** занятие проводится в отделении консервативной гинекологии, где студентам предлагается собрать анамнез, провести исследование больной с аменореей. При отсутствии больных по теме занятия проводится изучение историй болезни. Можно также использовать методику «деловой игры», при этом один из студентов, по предложенному ассистентом заданию, рассказывает о симптомах болезни, отвечает на вопросы, поставленные студентом, исполняющим роль врача.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Что такое аменорея? Дайте классификацию первичных форм аменореи.
2. Какова классификация вторичной аменореи?
3. Какие формы аменореи развиваются при органических и функциональных нарушениях в гипоталамусе?
4. Клиника, диагностика и лечение синдрома Шихана.
5. Клиника, диагностика и лечение гиперпролактинемической аменорее.
6. Понятие о дисгенезии гонад и факторы, способствующие развитию этой патологии.
7. Синдром Тернера. Клиника, диагностика, терапия.
8. Тестикулярная феминизация. Клиника, диагностика, терапия.
9. Причины вторичной яичниковой аменореи.
10. Синдром истощения яичников.
11. Врожденная аменорея маточного генеза.

12. Вторичная маточная аменорея.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Аменорея».

***Литература для подготовки к занятию:***

1. Вихляева Е.М. Гинекологическая эндокринология. М. 1997.
2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Книга 1. С-П. 1995.
3. Пауэрстейна Д.Гинекологические нарушения. М. 1985.
4. Конспект лекции по теме: «Аменорея».
5. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 7.**

**Тема: Нейроэндокринные синдромы**

***Тема и ее актуальность***: НЭС - полиэтиологичные заболевания, непосредственную причину которых сложно установить, так как между воздействием повреждающего фактора и манифестацией заболевания может пройти несколько лет.

 При изучении этиологии НЭС особое внимание обращалось на период пренатального развития ребенка, когда не только происходит закладка органов репродуктивной системы, но и формируются гипоталамо - гипофизарные связи. В анамнезе больных с НЭС можно установить наличие соматических заболеваний у матери, контакт ее с профессиональными вредностями, осложненное течение беременности, родовые травмы плода, недоношенность, гипоксию новорожденных.

Среди причинных факторов НЭС важную роль играют ЛОР-заболевания, частые ангины, хронический тонзиллит, которые в три раза чаще встречаются у женщин с нейроэндокринными синдромами. Как известно, носоглотка отделена от гипоталамуса тонкой пластинкой решетчатой кости, и инфекция может проникать в промежуточный мозг по периневральным пространствам обонятельного нерва. При хронических тонзиллите нарушается функция системы

Г - Г- кора надпочечников и изменяется электрическая активность мозга, свидетельствующая о нейродистрофии.

Из-за анатомической близости к ликвороносным путям любая черепно-мозговая травма, в том числе и легкий ушиб головного мозга оказывает отрицательное воздействие на гипоталямус. При ушибе мозга нарушается гемоциркуляция, ликвородинамика, что вызывает трофические изменения в клетках гипоталамуса, расстройства микроциркуляции, венозный застой.

 При анализе преморбидного фона у многих женщин выявляется неблагоприятная наследственность в отношении ожирения. Неправильное питание в раннем детском возрасте, избыток питания способствуют формированию в подкожных депо повышенного количества жировых клеток. На фоне конституциональной предрасположенности к ожирению чрезмерное переедание и неправильный пищевой режим приводят к дислипидемии и стойкому возбуждению центров гипоталамуса, первично контролирующих массу тела, что сопровождается вторичными изменениями потребления пиши и нарушением регуляции пищевого поведения. Периферический стероидогенез, возникающий при любой форме ожирения неизбежно влияет на функцию гипоталамуса.

 ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

 Предменструальный синдром - сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся различными симптомами, которые могут, объединены в группы: обменно-эндокринные, вегетососудистые, нервно-психические.

 Частота ПМС неодинакова у жительниц городской и сельской местностей, у женщин, занятых умственным и физическим трудом. Чаще болеют горожанки, занятые интеллектуальным трудом. С возрастом частота ПМС возрастает, течение его отягощается, нередко ПМС, возникший в позднем репродуктивном периоде трансформируется в климактерический синдром. Возникновение заболевания нередко связывают с патологическими родами, абортом, стрессовыми ситуациями, вирусной инфекцией.

 ПАТОГЕНЕЗ ПМС сложен и недостаточно изучен. Существует несколько теорий, которые объясняют развитие синдрома. Одна из них - гормональная, согласно которой симптомы заболевания связаны с гиперэстрогенией, которая может быть относительной при дефиците прогестерона или абсолютной. Прогестерон обладает натрий диуретическим действием, эстрогены способствуют задержке жидкости в организме, что способствует развитию ПМС. Высказано предположение о важной роли гиперпролактинемии, которая также способствует задержке жидкости в организме.

 Клинические проявления ПМС.

 ПМС проявляется за 2-14 дней до срока менструации. В зависимости от количества симптомов и их выраженности выделяют легкую и тяжелую формы заболевания. Легкая форма 3-4 симптома при значительной выраженности одного из них. Тяжелая форма: 5-12 симптомов при значительной выраженности 2-5 из них. Различают следующие клинические формы ПМС:

 Н е й р о п с и х и ч е с к а я ф о р м а.

 Симптомы: раздражительность, агрессивность, депрессия вплоть до суицида, эмоциональная лабильность. При обследовании выявляется достоверное повышение пролактина, гистамина, серотонина, увеличение содержания АКТГ, кортизола, альдостерона, эстрадиола в лютеиновую фазу.

 О т е ч н а я ф о р м а

 Симптомы: болезненное нагрубание молочных желез, отечность лица, кистей рук, стоп, потливость, кожный зуд, увеличение массы тела.

 При обследовании выявляется увеличение уровня альдостерона , серотонина, гистамина, дефицит прогестерона в лютеиновую фазу.

 Ц е ф а л г и ч е с к а я ф о р м а.

 Симптомы. Различного характера головная боль, иногда по типу мигрени, повышенная возбудимость, тошнота, неадекватная чувствительность к звуковым и световым раздражителям.

 При обследовании выявляется увеличение концентрации простагландинов гр.Е, изменение активности эндогенных опиоидных пептидов, повышение содержания гистамина, серотонина и снижение концентрации прогестерона в лютеиновую фазу.

 К р и з о в а я ф о р м а.

 Кризы по типу симпатоадреналовых, повышение А/Д, острая головная боль, озноб, сердцебиение, чувство страха смерти, обильное отделение светлой мочи.

 При обследовании выявляется повышение уровня пролактина, серотонина, кортизола, гистамина в лютеиновую фазу цикла.

 ЛЕЧЕНИЕ ПМС.

 Нейропсихическая форма:

 Физиопроцедуры, электросон, электроаналгезия, битемпоральная гальванизация.

 Гормонотерапия: норколут по 5 мг в день или прогестерон по 10 мг с 15-16 дня цикла в течение 10 дней, парлодел по о,5-1,25 мг з 2-3 дня до середины цикла до начала менструации.

 Психотропные препараты: сибазон, рудотель, антидепрессант амитритилин.

 Отечная форма: гестагены с 15-16 дня цикла в течение 10-12 дней. Верошпирон за 4 дня до появления симптомов по 25 мг три раза в день или бринальдикс за 1 день до появления отеков по 5 мг 1 раз в день до начала менструации. Тавегил или его аналоги по 1/2-1 табл.-3 раза в день. Терален (препарат фенотиазинового ряда, обладает выраженным антигистаминным и антисеротониновым действием, блокирует дофаминергические рецепторы) по 1/2-1 табл. 2-3 раза в день. Пиридоксин по 40 мг 3 раза в день. Все эти препараты начинают принимать за 2-3 дня до середины цикла и заканчивают прием на 2-3 день следующего цикла.

 Цефалгическая форма:

 Массаж шейного отдела позвоночника, иглотерапия. Обзидан по 20-40 мг в день. Клофелин или адельфан по 1/2 табл. при стойкой артериальной гипертензии. При вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу - беллоид, белласпон, беллатаминал по 3 драже в сутки. Кавинтон или стугерон по 25 мг 2 раза в сутки. Трентал по 1-2 драже 2-3 раза в сутки. Ноотропил или энцефабол 150 капсул или драже на курс. Антипростагландиновые препараты (напросин, индометацин) по 1 табл. 3 раза в сутки. Лечение проводится в течение 2-3 месяцев.

 Кризовая форма:

 Электроаналгезия. Парлодел от 0,5 до 1,25 мг в сутки. Обзидан или анаприлин по 20-40 мг в сутки. Гипотензивные средства по показаниям. Сибазон или реланиум по 1/4 -1/2 табл. 2-3 раза в день. Стугерон по 25 мг 3 раз в сутки. Трентал по 1-2 драже 2-3 раза в день. За исключением парлодела все препараты применяются в непрерывном режиме до 2-3 месяцев с увеличением дозы препарата во вторую фазу менструального цикла.

 Лечение ПМС должно быть комплексным, индивидуально подобранным и начинаться при появлении первых симптомов заболевания.

 ПОСЛЕРОДОВЫЙ НЕЙРООБМЕННО-ЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ

 ПНОЭС - особая форма патологии, развитие которой связано с беременностью. У 4-5 % после прерывания беременности в раннем сроке, а также после родов( чаще осложненной беременности и осложненных родов) наблюдается увеличение массы тела, нарушение менструальной и генеративной функции.

 Патогенез синдрома до конца не ясен, однако несомненна его связь с беременностью. Женщины с ПНЭС имеют характерный анамнез, для которого характерны ожирение, сахарный диабет и гипертензия. Менструальная функция у этого контингента женщин нередко устанавливалась не сразу, имели место ее нарушения в репродуктивном и /или ювенильном периоде.

 Клиника: Основным анамнестическим признаком является быстрая прибавка в весе после родов или прерывания беременности. Выражено ожирение. ИМТ выше 30, тип ожирения кушингоидный, на коже живота и бедер имеются синебагровые стрии. Отмечается гипертрихоз, оволосение более выражено в бедрах, имеется угревая сыпь на лице, жирная себоррея. Выявляется транзиторная гипертония, гипергликемия и сахарный диабет, заболевания желчевыводящих путей, обменный полиартрит.

 Менструальная функция нарушена по гипоменструальному типу, реже наблюдаются ациклические кровотечения. При исследовании содержания гормонов выявляется повышение концентрации АКТГ, что ведет к увеличению содержания кортизола. Отмечается также повышение продукции пролактина и уровня тестостерона, некоторое снижение концентрации эстрогенов и резкое уменьшение прогестерона. Ритмичность продукции ФСГ и ЛГ нарушена. Биохимические исследования выявляют увеличение концентрации атерогенных фракций липопротеидов.

 Диагностика основана на учете анамнестических данных, особенностей симптоматики. Рекомендуется производить:

 1. рентгенографию турецкого седла

 2. ЭЭГ

 3.сахарную кривую

 4. определение АКТГ, ПРЛ, кортизола, Т

 5. 17-КС в моче

 6. биопсия эндометрия

 7. УЗИ надпочечников

 8. Лапароскопия

 *Лечение.*

 Критерием эффективности лечения является снижение массы тела, восстановление овуляторных циклов, наступление беременности.

 ПЕРВЫЙ этап - диета, нормализация функции желудочно-кишечного тракта, применение разгрузочных диет.

 ВТОРОЙ этап-применение регуляторов нейромедиаторного обмена: (дифенин, парлодел, хлоракон)

 Хлоракон назначают в течение 2-3 месяцев по 0,5г 4 раза в день. Дифенин по 1 табл. 3 раза в день. Парлодел по 2 табл. 2 раза в день в течение полугода.

 ТРЕТИЙ этап лечения - индукция овуляции.

 ЧЕТВЕРТЫЙ этап при отсутствии эффект от медикаментозной терапии производят клиновидную резекцию яичников или лапароскопическую термокаутеризацию.

 Прогноз при адекватной терапии благоприятный.

 Профилактика заключается в своевременном выявлении и лечении нарушений в периоде полового созревания, рациональном ведении беременности и родов.

 КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

 Климактерический синдром - патологический симптомокомплекс, который развивается в переходном возрасте у женщин на фоне угасания функции яичников.

 Частота КС составляет по данным различных авторов 30-50%.

 *ПАТОГЕНЕЗ*

 В развитии климактерического синдрома, осложняющего физиологическое течение климактерия, играют роль предрасполагающие факторы и триггерные факторы.

 К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ факторам относятся социально-экономический статус, профессиональные вредности, нарушения менструального цикла, в том числе предменструальный синдром, число родов более 5, число абортов более 7, послеродовые и послеабортные осложнения, воспалительные заболевания половых органов, экстрагенитальная патология, то есть неблагоприятные воздействия имеющие место в периоды жизни, предшествующие климактерию.

 К ТРИГГЕРНЫМ факторам, влияние которых может иметь место во время возрастной перестройки организма, относятся: неблагоприятная экологическая ситуация, психоэмоциональные стрессы, понижение физической активности, нерациональное питание с большим содержанием животных жиров, ежегодная весенне-зимняя антиоксидантная недостаточность, возрастные метаболические изменения, нейровирусная инфекция, обострение соматических заболеваний.

 В процессе накопления повреждений происходит повышение содержания в организме свободных радикалов, к которым особенно чувствительны старые в онтогенетическом плане структуры лимбико-ретикулярного комплекса. В результате функциональных изменений в лимбико-ретикулярном комплексе нарушаются процессы, поддерживающие относительное постоянство внутренней среды.

 СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Синдром поликистозных яичников это, возможно, самое частое эндокринологическое нарушение, которое встречается у женщин репродуктивного возраста. Склерокистозные яичники были описаны Chereau в 1845 г. и клиновидная резекция яичников уже практиковалась в конце 19-го и в начале 20-го веков.

ЭТИОЛОГИЯ СКЯ до настоящего времени остается полностью не разрешенной. Причинами могут быть генетические нарушения. Эндокринной причиной может быть нарушение функционального состояния яичников, гипофиза, коры надпочечников.

 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СКЯ: существует так называемая двухклеточная теория яичникового стероидогенеза. Тека клетки под влиянием ЛГ продуцируют андрогенные предшественники, и гранулезные клетки являются местом, где происходит конверсия андрогенов в эстрогены-17-В эстрадиол, наиболее активный эстрогенный гормон у человека. Система ферментов участвует в процессе ароматизации, ее деятельность зависит от активности ФСГ, в то время как система ароматизации гормонов, вырабатываемых в подкожножировой ткани, не связана с деятельностью гипофиза. Адрогены это класс стероидов, содержащих 19 атомов углерода, в процессе ароматизации остается 18 атомов углерода, таким образом, образуются эстрогены. Наиболее активный андрогенный гормон- тестостерон, который образуется из андростендиона. Фактически сексстероиды обратимо связаны с глобулином, связывающим половые гормоны, в частности, 98% тестостерона связаны с глобулином. Взаимодействие между гормонами зависит от деятельности гипофиза. Высокая активность ЛГ стимулирует продукцию тека клетками андростендиона и тестостерона, которые поступают в гранулезные клетки. Дефицит ФСГ снижает процесс ароматизации овариальных андрогенов в эстрадиол в гранулезных клетках. Низкий уровень эстрогенов и высокий андростендиола и тестостерона ведет к атрезии фолликулов и ановуляции.

 Клинические проявления.

 Типичными клиническими проявлениями синдрома являются следующие: нарушение менструального цикла по различным типам, но чаще по типу гипоменструального синдрома. Бесплодие или привычное невынашивание. Аборты чаще происходят в раннем сроке.

 Ожирение чаще равномерное

 Гирсутизм, степень выраженности которого зависит от концентрации андрогенов в сыворотке крови.

 Однако бывают ситуации, когда внешних проявлений заболевания не наблюдается, имеет место хроническая ановуляци.

 ***Учебная цель***: Ознакомить студентов с понятием нейроэндокринные синдромы (НЭС) в гинекологии. Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения нейроэндокринных синдромов в гинекологии.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении, в учебной комнате. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациентки с НЭС для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируется полученные данные.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Этиопатогенез НЭС.
2. Предменструальный синдром. Этиология и патогенез.
3. Клинические формы предменструального синдрома. Лечение.
4. Посткастрационный синдром. Этиология. Патогенез.
5. Клиника и лечение посткастрационного синдрома.
6. Климактерический синдром (КС). Этиология. Патогенез.
7. Клиника, диагностика, лечение КС.
8. Синдром поликистозных яичников (СПЯ). Этиология. Патогенез.
9. Клиника, диагностика, лечение СПЯ.
10. Синдром Киари- Фроммеля. Этиология. Патогенез. Клиника.
11. Диагностика, лечение синдрома Киари- Фроммеля.
12. Синдром Шихана. Этиология. Патогенез. Клиника.
13. Диагностика и лечение синдрома Шихана.
14. Адреногенитальный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника.
15. Диагностика и лечение адреногенитального синдрома.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Нейроэндокринные синдромы».

***Литература:***

1. Василевская Л.Н. «Гинекология» (М. Медицина- 1985)
2. Сметник В.П. « Клиника, диагностика и лечение предменструального синдрома.» (М.1990)
3. Калиниченко А.С. «Синдром Шихана» (Воронеж 1987)
4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

 **Занятие № 8**

**Тема : Воспалительные заболевания половых органов**

**неспецифической этиологии.**

***Тема и ее актуальность:*** Важность проблемы обусловлена высокой частотой воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОТ), которые составляют 50-60% всех гинекологических заболеваний. В 20-30% случаев при ВЗОТ возникает необходимость стационарного лечения. Неблагоприятны и последствия ВЗОТ, среди них бесплодие-44-86%, нарушения менструального цикла 28%, высок риск возникновения в последующем злокачественных новообразований женcких половых органов. Организм женщины не беззащитен и может противостоять воздействию разнообразных патогенных факторов, благодаря защитным механизмам, которые сложились в процессе фило- и онтогенеза. Это следующие факторы:

 1.сомкнутое состояние половой щели, 2.кислая среда влагалища, 3.слизистая пробка шейки матки, сужение просвета цервикального канала, 4. лизоцим, лактоферрин, комплемент, иммуноглобулины в составе шеечной слизи 5. десквамация функционального слоя эндометрия во время менструации 6. слипание складок слизистой оболочки при сальпингите 7. образование спаек и отграничение очага при пельвиоперитоните

 Условия, способствующие ВЗОТ:

 1.родовые травмы промежности и шейки матки;

 2.выпадение стенок влагалища;

 3.нарушение гигиены половой жизни;

 4.частые спринцевания;

 5.ВМК (риcк ВЗОТ возраcтает в несколько раз (3-9) при наличии нескольких половых партнеров);

 6. заболевания смежных органов;

 7. снижение иммунологической защиты;

 8. гормональный дисбаланс.

 Непосредственной причиной возникновения ВЗОТ могут быть внутриматочные вмешательства, внебольничные аборты, гинекологические операции, роды, аппендицит, ВМК.

 Среди разнообразных факторов, вызывающих ВЗОТ, ведущая роль принадлежит инфекции (стафилококки в ассоциации с кишечной палочкой, грибковой флорой, анаэробы). Кроме того, во всех странах мира отмечается тенденция к росту числа вирусных заболеваний. Накоплены сведения о возрастании роли хламидий. В связи с неадекватным применением антибиотиков сформировались резистентные формы микроорганизмов, причем устойчивость к лекарственным препаратам сохраняется в генетическом аппарате клетки.

 Важнейшим пусковым механизмом развития воспалительного процесса является повреждение тканей. Несмотря на особенности повреждающих агентов, изменения, происходящие в клетках и субклеточных структурах, являются неспецифическими. Согласно современным представлениям воспалительная реакция начинается с повреждения клетки и митохондрий, что приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов и повышению концентрации Н и ОН ионов, т. е. к ацидозу, накоплению в тканях медиаторов, биологически активных веществ: гистамина, кининов; которые вызывая гидролиз белков и жиров приводят к повышению температуры в очаге воспаления и к нарушению микроциркуляции. Вначале имеет место кратковременное сужение сосудов, затем происходит их расширение- фаза активной гиперемии, которая в последующем переходит в застой крово- и лимфообращения с явлениями экссудации жидкой части крови и форменных элементов и, наконец, развивается стаз с последующей гипоксией.

 При наличии достаточных защитных сил организма в результате фагоцитоза , резорбции жидкости, восстановления физико-химических процессов в тканях происходит нормализация их статуса , иногда восстановление разрушенных тканей происходит за счет пролиферации клеточных элементов и формирования рубцов, что несомненно приводит к нарушению функционального состояния пораженных органов.

 Клинические симптомы воспалительных заболеваний зависят от стадии процесса: в острой стадии обычно выражен болевой симптом, общая реакция организма на воспаление, пораженный орган увеличен в размере, консистенция его мягковатая, пальпация болезненна, кроме того при остром процессе обычно имеет место значительное увеличение выделений из половых путей. Основные принципы лечения острых воспалительных заболеваний следующие:

 1.обеспечение физического и психического покоя (необходимо стационарное наблюдение)

 2.адекватная антибактериальная терапия

 3.дезинтоксикационная терапия

 4.симптоматическое лечение

 5.десенсибилизирующая терапия

 При наличии гнойного процесса показано хирургическое вмешательство, которое может быть паллиативным и радикальным. К паллиативным - может быть отнесен кульдоцентез с опорожнением гнойника или вскрытие абсцесса при гнойном бартолините.

 ПОКАЗАНИЯ к хирургическому лечению воспалительных заболеваний: гнойный бартолинит, гнойное воспаление придатков матки с тенденцией к распространению процесса, гинекологический перитонит, воспалительная опухоль придатков матки при неэффективной консервативной терапии в течение 0,5 года, воспалительная опухоль придатков матки у пожилых женщин

 Объем оперативного вмешательства зависит от возраста женщины и характера процесса.

 Лечение хронических воспалительных заболеваний представляет известные трудности, так как длительное течение заболевания приводит к функциональным изменениям во многих системах организма и односторонняя терапия не даст желаемого результата. Необходимо учитывать, что при хронических воспалительных заболеваниях имеются изменения, как в периферических, так и в центральных звеньях нервной системы, которые приводят к гипоталамическим функциональным изменениям и влияют на функцию яичникового звена репродуктивной системы.

 Особое значение в патогенезе обострения хронических воспалительных заболеваний, а также длительного их течения, имеет состояние надпочечников. Неоднократные обострения, сопровождающиеся повышением глюкокортикоидной функции, надпочечников в конечном итоге приводят к истощению резервных возможностей надпочечников, что снижает возможности организма быстро купировать заболевание.

 Изменения в иммунном статусе организма в течение длительно протекающего воспалительного процесса половых органов носят двоякий характер: с одной стороны имеется снижение защитных сил организма, с другой - в результате неадекватной антибактериальной терапии, биохимических изменений в тканях половых органов, которые

сопутствуют воспалению, происходит сенсибилизация и аутосенсибилизация организма.

 Важную роль в патогенезе хронических ВЗОТ играют сосудистые нарушения. Сосудистые стенки подвергаются воспалительным изменениям.

 Это приводит к потере ими эластичности, вторичным нарушениям кровоснабжения, что поддерживает дистрофические процессы, тормозит регенерацию и восстановление нарушенных функций.

 С учетом изложенного лечение хронических воспалительных процессов должно включать методы, улучшающие кровообращение (1), иммуномодуляторы и десенсибилизирующие средства (2), медикаментозные и физиотерапевтические средства для нормализации состояния нервной и эндокринной систем (3), симптоматичекое лечение - ингибиторы простагландинов (4), процедуры и лекарственные препараты, способствующие рассасыванию рубцов и спаек и восстановлению анатомо-морфологического состояния и функции воспалительно-измененных органов. Рекомендуется применение малых доз глюкокортикоидных препаратов, для коррекции нарушенной функции надпочечников. Применение антибиотиков вне обострения (по инфекционно-токсическому варианту) является врачебной ошибкой.

***Учебная цель*:** изучить этиологию, патогенез, клинику, современные методы диагностики и лечения неспецифических заболеваний женских половых органов.

***Методика занятия:*** занятия проводится в гинекологическом отделении и учебной комнате. Студенты собирают анамнез, производят общее и специальное обследование больных. Полученные данные анализируются, и строится диагностическая гипотеза. Студенты обучаются чтению гистерсальпингографии.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:4** академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы для контроля освоения темы:***

1. Этиология неспецифических воспалительных заболеваний гениталий.

2. Биологические механизмы, препятствующие возникновению воспалительных заболеваний.

3. Патогенетические факторы, способствующие возникновению воспалительных процессов.

4. Перечислите названия воспалительных процессов всех отделов полового аппарата.

5. Неспецифические вагиниты: клиника, диагностика, лечение.

6. Острый эндометрит: клиника, диагностика.

7. Хронический эндометрит: клиника, диагностика.

8. Острый сальпингоофорит: клиника, диагностика.

9. Хронический сальпингоофорит: клиника, диагностика.

10. Параметрит: клиника, диагностика.

11. Пельвиоперитонит: клиника, диагностика.

12. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний половых органов с заболеваниями смежных органов.

13.Основные принципы лечения острых воспалительных процессов.

14. Особенности лечения хронических воспалительных процессов.

15. Показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний.

16. Осложнения хронических воспалительных заболеваний.

17. Профилактика и пути снижения воспалительных заболеваний половых органов.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии».

***Литература.***

1.Савелова Г.М., Антонова Л.В.. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины.

2.Сметник В.П., Тумилович Л.Г. « Неоперативная гинекология » 1995 г.

3.Справочник по акушерству и гинекологии под редакцией Савеловой Г.М. М.:1992г.

4.Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.- 1979г.

5.Гинекология: Учебник для студентов (под редакцией Л.Н. Василевской) – 1985г.

6. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 10**

**Тема: Миома матки.**

***Тема и ее актуальность:*** миома доброкачественнаяопухоль, развивающаяся в мышечной оболочке матки миометрии. В патогенезе играет роль абсолютный или относительный дефицит прогестерона. В зависимости от локализации различают интрамуральную (в толще мышечного слоя), субмукозную (в сторону полости матки) и субсерозную миому (в сторону серозного покроя).

Клинически проявляется обильными и длительными менструациями, нарушением функции соседних органов (частое и болезненное мочеиспускание, запоры), болями внизу живота и в пояснице при субсерозных миомах - ноющего характера; при «рождающейся» миоме матки, перекруте ножки субсерозных узлов - схваткообразного характера.

Диагностика миомы матки не представляет затруднений. При бимануальном гинекологическом исследовании определяется увеличенная матка с узловатой поверхностью, плотной консистенции. Для диагностики подслизистых миом проводят гистероскопию, гистеросальпингографию; с лечебно-диагностической целью проводят раздельное выскабливание слизистой шейки и тела матки. Диагностическая ценность зондирования полости матки относительна, но в ряде ургентных ситуаций она может иметь вспомогательное значение. Весьма ценным методом диагностики является ультразвуковое сканирование. Используется, кроме того, флебография, биконтрастная гинекография, лапароскопия.

Важной задачей лечения больных с миомой матки является торможение ее роста. Консервативное лечение показано женщинам с интрамуральной и подбрюшинной локализацией узлов опухоли и ее размерами, не превышающими величину матки при 12 нед. Беременности, в качестве предоперационной подготовки для операции консервативной миомэктомии. Из числа гормональных препаратов, применяют гестагены (норколут, примолут-нор, оргаметрил), даназол, дановал, обладающие антиэстрогенным и антигонадотропным действием; агонисты гонадотропных препаратов (золадекс, декапептил-депо).

Показанием к оперативному лечению служат патологическая кровопотеря, атипичное расположение узла (ретровезикальное, ретроцервикальное, перешеечное, шеечное, субмукозная миома, интралигаментарное), быстрый рост опухоли при любой величине.

Оперативные вмешательства: консервативная миомэктомия, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки. Прогноз после удаления миомы благоприятный.

 ***Учебная цель***: Ознакомить студентов с одной из частых патологий- миомой матки, научить обследованию больной с фибромиомой матки ( сбор анамнеза, клинические, рентгенологические, инструментальные, лабораторные методы диагностики миомы), разобрать существующие консервативные и оперативные методы лечения миомы матки.

***Методика занятия***: Разбор теоретической части занятия проводится в учебной комнате, для усвоения практических навыков студентов ведут в гинекологическое отделение, где преподаватель со студентами в смотровом кабинете проводит обследование больной с фибромиомой матки.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Этиопатогенез миом матки.
2. Какие различают миомы по локализации?
3. Клинические проявления миом в зависимости от локализации узлов.
4. Методы диагностики миом матки (клинические, рентгенологические, инструментальные, лабораторные).
5. Какое расположение узлов является атипичным.
6. Показания к консервативным методам лечения.
7. Виды оперативных вмешательств при миоме матки в зависимости от размеров, локализации, возраста женщины, репродуктивного анамнеза.
8. Показания к оперативному лечению миом матки.
9. Осложнения миом матки.
10. Принципы диспансеризации больных с миомами матки.

**Тесты:**

1. К какому виду опухоли относятся миомы матки:
	1. К злокачественным.
	2. К гормонально-зависимым опухолям.
	3. К гормонально-активным опухолям.
	4. К рентгентающим опухолям.
2. В каком возрасте наиболее часто встречается миома матки:
	1. В постменопаузе.
	2. После 40 лет.
	3. До 25 лет.
	4. В репродуктивном периоде.
3. Факторы риска возникновения миомы матки:
	1. Наследственная предрасположенность.
	2. Относительная гипоэстрогения.
	3. Нарушение жирового обмена.
	4. Длительное «ношение» ВМС.
4. Перечислить показания к хирургическому лечению миомы матки:
	1. Центральный рост миоматозного узла.
	2. Размеры опухоли, превышающие 13-14 недель беременности.
	3. Некроз миоматозного узла.
	4. Быстрый рост опухоли (увеличение размеров матки на 3-4 недели за 1 год)
5. Какие осложнения возможны при субсерозной миоме матки, перечислить:
	1. Постгеморрагическая анемия.
	2. Перекрут ножки опухоли.
	3. «Рождение» узла миомы.
	4. Нарушение питания и некроз опухоли.
6. Наиболее информативный метод диагностики межмышечной мимы матки:
	1. Влагалищное исследование.
	2. УЗИ
	3. Гистеросальпингография.
	4. Гистероскопия
	5. Лапароскопия.
7. Оптимальный объем хирургического лечения при наличии миомы матки с расположением узла в шейке:
	1. Надвлагалищная ампутация матки
	2. Консервативная миомэктомия с использованием влагалищного доступа.
	3. Гистерорезектоскопия.
	4. Экстирпация матки.
	5. Хирургического лечения миомы матки такой локализации не проводят
8. Для консервативного лечения миомы матки применяют (перечислить):
	1. Прогестагены.
	2. Физио- и бальнеотерапию.
	3. Агонисты гонадолиберина.
	4. Конъюгированные эстрогены.

Задача №1

Больная 27 лет с первичным бесплодием поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки.

Каков оптимальный объем операции в данном случае:

## Гистерэктомия.

## Дефундация матки.

## Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

## Консервативная миомэктомия.

 Е) Надвлагалищная ампутация матки, биопсия яичников.

Задача №2

Больная 43 лет поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые.

10.Каков оптимальный объем операции в данном случае:

## Пангистерэктомия.

## Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

## Консервативная миомэктомия.

## Экстирпация матки без придатков.

1. Дефундация матки.

11.Какой фактор влияет на выбор объема операции в данном наблюдении:

## Локализация миоматозного узла.

## Размеры миоматозного узла.

## Наличие железодефицитной анемии.

## Состояние шейки матки.

##  Размеры тела матки.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Миома матки».

***Литература:***

1. В.И. Бодяжина. «Гинекология» (курс 1995г.,)
2. Г.М. Савельева «Справочник по акушерству и гинекологии» (Москва 1992 г.)
3. Вихляева Е.М., Василевская Л.Н. «Миома матки» (Москва 1981 г.).

**Занятие № 11.**

**Тема: Эндометриоз**

***Тема:*** эндометриозом понимают эндометриоидно-подобные разрастания, развивающиеся за пределами обычной локализации эндометрия, имеющие морфологическое и функциональное сходство со слизистой тела матки и состоящие из двух компонентов: эпителиального и стромального .

Макроскопически эндометриоз представляется в виде кистозных полостей или щелей, заполненных темной кровью или жидкостью дегтеобразного, а иногда белого, желтого или розового цвета. Иногда эндометриоз может быть в виде узлов различной величины от просяного зерна до нескольких сантиметров.

Особенности эндометриозов:

1. Отсутствие четких границ (капсулы), способность к врастанию в ткани, что обусловлено высокой ферментной активностью.
2. Способность к метастазированию.
3. Ускорение роста после нерадикальных операций.
4. Изменение в очагах, сходные с циклическими изменениями в эндометрии в течении менструального цикла.

У 25-50% женщин с эндометриозом возникает бесплодие.

 В анамнезе больных эндометриозом выявляется большая частота воспалительных заболеваний, абортов с осложнениями, родов с ручным обследованием полости матки.

Классификация.

Различают половой (генитальный) и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз может быть внутренним и наружным. Наиболее частой локализацией генитального эндометриоза является матка (70%), на втором месте поражение яичников.

Клинические проявления эндометриоза зависят от его локализации. Заболевание наиболее часто развивается в репродуктивном возрасте. Основная жалоба больных - боль, которая связана с менструальным циклом. Боли усиливаются во время менструации, до ее начала или сразу после ее окончания.

Отличительной способностью объективных данных является изменение величины очага в зависимости от фазы цикла: увеличение перед менструацией и уменьшение после нее.

Ретроцервикальный эндометриоз может иметь форму узлов или полипоидных масс, вросших в задний влагалищный свод- аденоматозные узлы.

Для лечения используются лапароскопическая техника вместе с лазером СО2.

Эндометриоидные кисты яичника - размеры от 0,6- до 10 см, характерна толстая капсула с плотными спайками и геморрагическое содержимое шоколадного вида.

Внутренний эндометриоз тела матки - аденомиоз: 1 степени - прорастание слизистой на глубину одного поля зрения при малом увеличении; 2 степени- до середины толщи стенки матки и 3 степени - вовлечена вся стенка матки.

Диагностика:

1. Правильно собранный анамнез.
2. Оценка клинических симптомов в динамике менструального цикла.
3. Лапароскопия. Оптимальное время - предменструальный синдром.
4. УЗИ.
5. Гистероскопия.
6. Компьютерная томография.
7. Кольпоскопия - при поражении шейки матки.

Этапы и принципы лечения:

1. Легкое течение: наблюдение и терапия, направленная на восстановление фертильности.
2. Умеренное течение - продолжительное лечение ОК прогестинами антигонадотропинами, аналогами РФ - ЛГ, андрогенами.
3. Тяжелое течение - хирургическое лечение.

Хирургическое лечение, этапы:

1. Лапароскопия.
2. Консервативная лапаротомия.
3. Радикальная лапаротомия.

Обязательна послеоперационная гормонотерапия.

 Показания к оперативным методам лечения:

 Эндометриоз пупка, влагал, послеоперационных рубцов.

 Эндометриоидные кисты яичников ( для повышения эффективности

 лечения рекомендуется лазерная обработка культей).

 Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6-9

месяцев.

 Непереносимость гормональных препаратов.

 Стенозирование просвета кишки или мочеточника.

 Сочетание с фибромиомой матки, подлежащей оперативному лечению.

 Картина острого живота.

 *Консервативная терапия.*

 Важную роль в лечении эндометриозов различной локализации имеет гормонотерапия.

 Широкое применение в гормонотерапии нашли ОК. Механизм положительного их влияния состоит в подавлении циклической деятельности гипоталамуса и гипофиза, подавлении овуляции, регрессии эндометрия в очагах. Применяется по обычной схеме в течение 6-8 месяцев.

 Способность гестагенов подавлять пролиферативные процессы в эндометрии послужила основанием для широкого и эффективного их применения при эндометриозах. Оргаметрил, норколут, 17-ОПК применяются в течение 6-8 месяцев в непрерывном режиме. Особо следует упомянуть о Депо-провера, препарат применяется по 1 инъекции в месяц в течение 6-8 месяцев. Гестагены - (напр.оргаметрил) - по 1 таб. 2 раза в день в непрерывном режиме 6-8 месяцев. В последние годы широкое распространение получили антигонадотропные препараты: Даназол, Дановал, Даноген, которые применяются по 400- 600 мг в день в течение 6-8 месяцев.

 Имеются сообщения об эффективности применении агониста рилизинг-факторов Буселерина, который применяется эндоназально в суммарной дозе 300-400 мг. (медицинская оофорэктомия.)

 Аналоги РФ-ГГ - Золадекс- 1 инъекция (3,6мг) в кожу передней брюшной стенки в 28 дней, курс лечения: 6-8 инъекций - это так называемая медицинская оофорэктомия, аменорея сохраняется от 60 до 95 дней после лечения.

 Андрогены: применяются в климактерическом периоде, направлены на подавление функции яичников.

***Учебная цель***: Ознакомить студентов с понятием эндометриоз. Изучить этиологию, патогенез, основные клинические проявления различных форм эндометриоза, современные методы диагностики и лечения. Онкологические аспекты эндометриоза.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении. Распределяются находящиеся в данное время в стационаре пациентки с подозрением на эндометриоз для сбора анамнеза, анализируются полученные данные. Разбираются методы лечения эндометриозов, оптимальные в каждом конкретном случае. При возможности продемонстрировать студентам следующие диагностические манипуляции: кольпоскопию, лапарскопию, диагностическое выскабливание полости матки, гистероскопию.

В учебной комнате занятие проводится с использованием наглядных пособий: таблиц и слайдов, просмотр рентгенограмм.

 **Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия: 4** академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы. ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Причины эндометриоза.
2. Классификация генитального эндометриоза.
3. Клиника аденомиоза.
4. Клиника эндометриоза яичников.
5. Клиника ретроцервикального эндометриоза.
6. Эндометриозы шейки матки, маточных труб.
7. Методы диагностики эндометриоза.
8. Дифференциальная диагностика эндометриоидных гетеротопий.
9. Этапы и принципы лечения эндометриозов.
10. Консервативная терапия.
11. Показания к оперативным методам лечения.
12. Методы хирургического лечения.

 13. Профилактика эндометриоза.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Эндометриоз».

***Литература:***

1. Баскаков В.П.«Клиника и лечение эндометриоза» (М. Медицина- 1990).
2. Железнов Б.П. «Генитальный эндометриоз». (М. Медицина- 1985).
3. Сметник В.П. «Неоперативная гинекология» (М. Медицина- 1998).

4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

5.Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. //М.:Гэотар – Мед, 2002. – 104с.

**Занятие № 12.**

**Тема: Бесплодный брак.**

***Тема и ее актуальность:*** Бесплодие в браке - проблема, занимающая особое место в медицине и касающаяся здоровья двух индивидуумов- мужчины и женщины. Однако бесплодие это проблема не только медицинская, но и социальная, так как она связана с рождаемостью, а значит, народонаселением, кроме того, эта проблема нередко определяет семейное положение женщины и мужчины, так как частота разводов непосредственно связана с наличием или отсутствием детей в семье.

Различают первичное (32-46%) и вторичное(68-54%) бесплодие. Причинами женского бесплодия могут быть органические и функциональные изменения половых органов, такие как генитальный инфантилизм, воспалительные заболевания или перенесенные гинекологические операции, эндометриоз, опухоли матки и придатков, нарушения функционального состояния всех звеньев репродуктивной системы, патология желез внутренней секреции и др.

Существует этиологическая классификация бесплодия:

1. эндокринное бесплодие;

 2. бесплодие, связанное с поражением органов мишеней: труб, матки, шейки матки, влагалища;

1. перитонеальное бесплодие (диагностика которого стала возможна в связи с широким внедрением лапароскопического метода исследования);

 4. иммунологическое бесплодие;

 5. бесплодие неясного генеза;

 6. мужское бесплодие.

 При обследовании бесплодной супружеской пары необходимо проведение поэтапного обследования, которое состоит в сборе анамнестических данных и осмотре больной, исследовании фертильности эякулята супруга, установлении факта овуляции, выяснении состояния маточных труб, исключении иммунологической формы бесплодия.

 После выяснения причины бесплодия приступают к лечению, которое зависит от этиологического фактора. При трубном или перитонеальном бесплодии проводится противовоспалительная терапия с использованием рассасывающих средств и бальнеологических факторов, при отсутствии эффекта рекомендуется проведение ЭКО.

 При эндокринном бесплодии проводится терапия гормонами, содержание которых недостаточно в каждом конкретном случае или препаратами, подавляющими избыточную продукцию того или иного гормона. Наиболее часто используется индукция суперовуляции аналогами РФ-ЛГ с последующим применением препаратов ЛГ и ФСГ.

 При иммунологическом бесплодии широко используется метод ИОМ или ИОД.

 ***Учебная цель:*** Ознакомить студентов с понятием бесплодия в современной гинекологии, значением этой патологии для общества, медицины и индивидуумов. Научить современным методам диагностики причин бесплодия в семье, ознакомить с методами терапии, в том числе с современными репродуктивными технологиями.

***Методика занятия:*** Занятие проводится в гинекологическом отделении. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациентки для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируются полученные результаты. Студенты принимают участие в проведении гистеросальпингографии или обучаются чтению сальпингограмм. Демонстрируется гистероскопическое или лапароскопическое исследование женщины для выяснения состояния матки, придатков и проходимости маточных труб. Для дачи заключения студентам предлагается оценить результат исследования эякулята.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 2 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы. ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Контрольные вопросы к занятию.***

1. Дайте определение понятию «бесплодный брак ».
2. Каков механизм развития бесплодия при воспалительных заболеваниях половых органов женщины?
3. Какие процессы обеспечивают наступление беременности?
4. Каковы наиболее частые причины эндокринного бесплодия?
5. Какие особенности сбора анамнеза у бесплодной пары?
6. В чем состоит первый этап осмотра пациентки, страдающей бесплодием?
7. Какие действия должен предпринять врач при выявлении патологии в процессе специального исследования?
8. Какова методика исследования фертильности супруга?
9. Дайте характеристику нормальной спермограмме.
10. Какие методы можно использовать для установления факта овуляции?
11. Какие методы применяются для выяснения состояния маточных труб?
12. Что такое иммунологическое бесплодие? Как его диагностировать?
13. Какие современные технологии используются для лечения трубного бесплодия?
14. Какие наиболее распространенные методы индукции овуляции?
15. Что такое синдром гиперстимуляции?
16. Дайте краткую характеристику метода экстракорпорального оплодотворения.
17. Каковы показания для искусственной инсеминации ?

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Бесплодный брак».

 ***Список литературы:***

1.Сметник В.П. «Неоперативная гинекология» 1995 г.

2.Под ред. Савельевой Г.М. «Справочник по акушерству и гинекологии» 1995

3.Пшеничникова « Бесплодный брак».

4. Конспект лекции по теме «Бесплодный брак».

5. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 13**

**Тема: Планирование семьи.**

***Тема и ее актуальность:*** Планирование семьи (ПС) - собирательное понятие, связанное с многосторонним поведением человека в отношении сознательного планомерного наследования. Польза планирования семьи велика не только для здоровья женщины, которая избавляет себя от нежеланной беременности и последствий ее прерывания или осложнений родов и абортов, но и для ребенка, который родится в то время, когда родители смогут создать для него оптимальные условия. ПС позволяет определять оптимальное число детей в семье, что определяет социальный статус семьи. В определенной степени ПС влияет на материнскую и перинатальную смертность.

 Противозачаточные средства могут применяться как мужчиной, так и женщиной. В зависимости от характера действия различают:

 1. механические (барьерные) средства

 2. химические, обладающие спермицидными свойствами

 3. естественные методы

 4. гормональные методы

 5. внутриматочная контрацепция

 6. хирургические методы

 К контрацептивным средствам предъявляются следующие требования:

 - максимальная эффективность;

 - легкость употребления;

 - безвредность для здоровья супругов;

 - дешевизна;

 - отсутствие отрицательных эмоций при использовании.

 ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

 Более 30 лет назад были разработаны подавляющие овуляцию эстроген-гестагенные препараты для предохранения от беременности. На сегодняшний день ни один из обратимых методов не может сравниться по надежности с противозачаточными таблетками.

 МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ.

 Эстроген-гестагенные препараты блокируют продукцию люлиберинов в диэнцефальной области, подавляют продукцию гонадотропных гормонов гипофиза, в частности подавляется предовуляторный выброс лютеинизирующего гормона(ЛГ). В результате комплексного воздействия на различные звенья репродуктивной системы менструальные циклы становятся ановуляторными, нарушается моторика маточных труб, повышается вязкость слизи цервикального канала, в эндометрии наблюдается регрессия желез и децидуоподобные превращения стромы, что делает невозможной имплантацию и развитие плодного яйца.

 *ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ* к применению ОК.

 Абсолютные: опухоли, органические поражения печени, почек, острые тромбофлебиты, тромбоэмболические нарушения, гипертоническая болезнь, эпилепсия, патологическое ожирение, глаукома, беременность, курение возрасте 35 лет и старше.

 Относительные противопоказания: Хронические заболевания печени, почек, желчевыводящих путей, варикозное расширение вен, тромбофлебиты в анамнезе, артериальная гипертензия, ревмокардит,

мигрени, миома матки размером более 8-9 нед, гиперпролактинемия, Состояния, влияющие на абсорбцию ОК (диарея, рвота), прием препаратов, снижающих абсорбцию (антибиотиков), наличие рака молочных желез у родственников 1-й степени, пограничные состояния шейки матки (эктропион, лейкоплакия ,дисплазия, эритроплакия).

 Назначаются препараты по 1 табл. на ночь, начиная с 5-го дня от начала менструального кровотечения или с 1-го дня (марвелон, континуин).

 Виды гормональных контрацептивов.

 1. Комбинированные монофазные препараты: ригевидон, морвелон, континуин. Два последних препарата разрешается применять во время грудного вскармливания. Диане-35- контрацептив с антиандрогенным эффектом, применяется у женщин с гирсутизмом.

 2. Комбинированные двухфазные препараты: овидон, антеовин.

 3. Комбинированные трехфазные препараты: тризистон, триквилар, трирегол.

 ПОСТКОИТАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ (ПК)

 ПК применяется в течение 72 часов в случае "незащищенного" полового акта. При этом могут быть использованы методы ЮСПЕ или в течение 5 суток от момента незащищенного полового акта

 МЕТОД ЮСПЕ.

 Могут применяться ОК 1 группы: бисекурин, овулен, нон-овлон

 2 группы: овидон

 3 группы: ригевидон, демулен, микрогинон

 4 группы: марвелон или

 Чистые гестагены: 5 группа: норколут, постинор, континуин.

 Схемы применения:

 1,2 и 5 группы - немедленный прием двух таблеток и еще двух спустя 12 часов.

 3 группа немедленный прием трех таблеток и еще трех спустя 12 часов.

4 группа немедленный прием 4 таблеток и еще 4 спустя 12 часов.

 Метод эффективен для предотвращения нежелательной беременности (дефлорация, изнасилование, разрыв презерватива и пропущенные таблетки ОК).

 4. Долгодействующие препараты. Подкожные импланты. Норплант

представляет собой силастиковую капсулу, содержащую 36 мг левоноргестрела. Капсулу имплантируют в подкожную клетчатку сроком 1-5 лет. Эффективность норпланта достигает 100%.

 ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ (ВМК)

 Является одним из эффективных и наиболее применяемым в России методом контрацепции. МЕХАНИЗМ контрацептивного действия обусловлен несколькими факторами: в результате локального воздействия ВМК, как инородное тело вызывает полиморфноядерную лейкоцитарную инфильтрацию эндометрия, увеличивает количество макрофагов, ферментов, наблюдается изменение концентрации гликогена, РНК, все это оказывает цитотоксическое действие на яйцеклетку и приводит к фагоцитозу сперматозоидов. Наряду с этим в результате увеличения содержания эндогенных простагландинов повышается тонус миометрия, усиливаются сокращения маточных труб и нарушается синхронность секреции гонадотропных гормонов гипофиза. В результате комплексных изменений в эндометрии нарушаются процессы имплантации яйцеклетки и дальнейшее развитие бластоцисты. Присутствие ионов меди усиливает выраженность указанных процессов, что повышает контрацептивную способность медь содержащих контрацептивов.

 Преимущества этого метода контрацепции состоят в том, что один акт введения создает долговременную защиту.

 Недостатки: повышается опасность воспалительных заболеваний органов малого таза, опасность возникновения эктопической беременности, вторичного бесплодия.

 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ абсолютные: злокачественные опухоли тела или шейки матки, маточные кровотечения неясной этиологии беременность, подозрение на наличие беременности, врожденные пороки развития или деформация тела или шейки матки, миома больших размеров, эдометриоз, дисплазия шейки матки, инфекционные заболевания органов малого таза (за исключением кандидоза), инфицированный аборт в течение трех последних месяцев, венерические заболевания в течение последних 12 месяцев.

 Относительные противопоказания: анемия и обильные маточные кровотечения, коагулопатия или текущий прием антикоагулянтов, наличие нескольких половых партнеров, рубцы на матке после перенесенных операций, кроме кесарева сечения и операции по поводу перфорации матки, миома матки небольших размеров, эндометриоз, острые и хронические воспалительные заболевания влагалища.

 Правила введения ВМК

 Контрацептив вводится в последний день месячных или сразу после их окончания. Вопрос о целесоообразности введения ВМК после аборта дискутируется. Сторонники применения ВМК после аборта рекомендуют введение впервые15 минут послеабортного периода. После родов и операции кесарева сечения ВМК вводится соответственно на 6 и 12 сутки. Для предотвращения наступления беременности после изнасилования рекомендуется введение ВМК впервые 120 часов. Первые 10 дней после введения ВМК половая жизнь не рекомендуется. Контрольные осмотры проводят через неделю после введения ВМК, после первой менструации, через 3 месяца, а в последующем 1 раз через 6 месяцев.

 Максимальный срок нахождения ВМК не должен превышать 5 лет, так как при более длительном использовании изменяется свойство материала, из которого сделан ВМК, снижается его контрацептивная способность.

 Осложнения после введения ВМК

 Изгнание ВМК - экспульсия (полное или частичное) наблюдается в30% случаев при введении после родов, в 9-16% при пользовании петли Липпса и в 1.5 раза реже при применении медь содержащих контрацептивов. Наступление беременности (1.3%) Болевой симптом наблюдается у 3.6% пациенток (сильная боль может быть обусловлена перфорацией матки, умеренная боль - неправильным помещением ВМК в полости матки) Причиной возникновения болей также может быть избыточная продукция эндогенных простагландинов, поэтому целесообразно назначение индометацина, напросина.

 Увеличение кровопотери во время месячных (наблюдается в 10-20 % случаев). Внематочная беременность наблюдается у 0,7женщин с ВМК, обострение или появление воспалительных заболеваний является показанием для активной терапии, а при отсутствии эффекта -показанием для удаления ВМК.

 ЕСТЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

 ВОЗ определяет естественную контрацецию (ЕК) как совокупность методов предупреждения беременность путем обнаружения в менструальном цикле фертильных и нефертильных фаз, в соответствии с которыми планируются половые сношения. Такое определение предполагает знание о фертильных и нефертильных фазах - фертильная осведомленность и применение этого знания в половой жизни.

 Для определения фертильной фазы используют несколько методов. Метод шеечной слизи: день, когда выделяется наибольшее количество слизи, является последним днем периода выделения водянистой тягучей слизи. Конец фертильной фазы наступает вечером 4-го дня после пика выделения слизи.

 Метод базальной температуры: (БТ)

 Увеличение содержания прогестерона после овуляции обусловливает резкий подъем БТ, которая остается на высоком уровне до окончания менструального цикла. Этот метод является надежным индикатором окончания фертильного периода.

 Метод дублирующих проверок:

 Первый день появления слизи перепроверяется календарными расчетами (из числа дней кратчайшего цикла вычитается 19) для определения первого дня фертильной фазы цикла. Для определения окончания фертильной фазы 4 день после появления максимального количества слизи перепроверяется по утру третьего дня после подъема БТ. Последний показатель свидетельствует об окончании фертильной фазы.

 Грудное вскармливание как противозачаточное средство.

 Кормление грудью, при котором антитела матери пассивно передаются с грудным молоком младенцу, обеспечивает защиту младенца от некоторых инфекций, особенно желудочно-кишечных. Принося огромную пользу здоровью младенца, оно является потенциальным контрацептивным средством для матери. Недавно проведенные исследования показали, что у кормящих матерей вероятность овуляции накануне первых месячных и в течение 30 недель после родов составляет только 2 %.Для женщины проблема заключается в трудности правильной оценки контрацептивного потенциала. Во время послеродового периода чаще не происходит выделения цервикальной слизи. Ее появление в большей степени, чем месячные свидетельствует о восстановлении фертильности, после чего следует начать проведение контрацептивных мероприятий.

 С Т Е Р И Л И З А Ц И Я

 Стерилизация стала одним из самых распространенных методов контрацепции, в связи с введением в практику в последнее десятилетие лапароскопической стерилизации.

 Стерилизации в нашей стране по желанию может быть подвергнута

женщина, имеющая 3 детей, в любом возрасте. Женщина старше 30 лет, имеющая 2 детей. Женщина в возрасте 40 лет, а также женщина, подвергающаяся повторной операции кесарева сечения при наличии живых детей.

 Для лапароскопической стерилизации используются зажимы -клипсы-Хулка, Филчи, кольца Юна, монополярная и биполярная коагуляция маточных труб. Стерилизация оказывается эффективной в 99% случаев.

 Хирургическая стерилизация может быть проведена при любой операции проходящей со вскрытием брюшной полости.

 Внутриматочная стерилизация

 Предложен метод гистероскопической стерилизации французским ученым Жаком Хамо. Положительные стороны этой стерилизации автор оценивает следующим образом:

 Безопасность и эффективность: Технически простая манипуляция, нет противопоказаний, что позволяет проводить ее у большого числа пациентов, недорогая процедура, фертильность потенциально возвратима. Суть операции состоит в обтурации маточных отверстий фаллопиевых

труб специально разработанными обтураторами, вводимыми с помощью специально конструированного гистероскопа.

Кроме того для гистероскопической стерилизации используются электрокоагуляция, химическая скарификация эпителия. Эффективность метода 99%.

 Преимуществом и недостатком метода является его необратимость. Риск смерти 4/100 000.

 Противопоказания: необходимость временной стерилизации

 Осложнения: эктопическая беременность 0.6/1000 женщин, умеренная боль после процедуры.

 БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

 Относят к традиционным методам контрацепции. Среди них важная роль принадлежит мужскому презервативу (condom). Эффективность-90%.

 Преимущества: низкая цена, легкость применения, профилактика против СПИДа и других венерических заболеваний.

 Недостатки: снижение половых ощущений, невозможность повторного использования.

 Противопоказания: непереносимость резины. В последние годы выпускаются презервативы, содержащие спермицидные компоненты.

 ДИАФРАГМА используется в сочетании со спермицидными средствами, что повышает эффективность использования до 90%.

 Преимущества: нет побочных эффектов, снижается риск воспалительных заболеваний органов малого таза.

 Недостатки: при первом подборе необходима врачебная помощь.

 В качестве диафрагмы могут используются ватные тампоны, смоченные кислыми растворами.

 ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ КОЛПАЧКИ используются как барьерные средства, они фиксируются на шейке матки за 8 часов, их можно оставлять на шейке матки не более 24 часов.

 Рекомендуется употребление колпачков больших по размеру, снаружи и изнутри рекомендуется употреблять спермицидные мази и кремы.

 ХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

 Используются разнообразные кремы, желе, мази, вызывающие деструкцию спермы. Эффективность 80-85%.

 Преимущества: легкость в употреблении, низкий риск воспалений гениталий.

 Недостатки: пачкает белье.

 Противопоказания: аллергия к спермициду.

 К химическим методам контрацепции могут быть также отнесены губки, которые пропитываются водой перед введением во влагалище непосредственно перед половым сношением, при этом освобождаются спермицидные вещества, вызывающие деструкцию сперматозоидов.

 ***Учебная цель:*** Ознакомить студентов с современным состоянием вопроса планирования семьи, значением его для здоровья популяции и каждой конкретной женщины. Изучить современные методы контрацепции, механизм их контрацептивного действия, показания и противопоказания к применению различных методов. Дать представление о консультировании по планированию семьи.

***Методика занятия:*** Занятие проводится в женской консультации, в кабинете планирования семьи или в учебной комнате с использованием фантома для обучения методике введения ВМС. Занятие можно проводить в виде обучающей игры, в которой одни студенты обращаются за консультацией, другие ее дают. На занятии студентам представляют различные виды внутриматочных и гормональных контрацептивов.

 **Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 2 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, ВМС, муляж.

ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Контрольные вопросы:***

1.Дайте характеристику понятия «планирование семьи».

2.В чем польза планирования семьи?

3.Какие требования предъявляются к современным контрацептивным

 средствам?

4. Какие виды оральных контрацептивов Вы знаете?

5.Каков механизм действия ОК?

6. Каковы противопоказания к применению ОК?

7.В чем состоит метод Юспе?

9.Механизм действия ВМК?

10.Методика введения и диспансеризация?

11. Побочные эффекты ВМК и противопоказания к использованию.

12. Какие методы относят к методам естественной контрацепции?

13. В чем состоит ритм-метод?

14. Какие Вы знаете методы механической контрацепции. В чем их польза?

15. Назовите химические препараты и готовые формы, которые используются для контрацепции.

16. Какие существуют методы мужской и женской хирургической стерилизации?

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Планирование семьи».

***Литература:***

1. Алипов. Планирование семьи. Л.1989.
2. Мануилова И. Планирование семьи. М.1994
3. Руководство по планированию семьи. Нью-Йорк. 1995

4. Конспект лекции по планированию семьи.

Кулаков, Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

 **Занятие № 9**

**Тема: Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии. СПИД.**

***Тема и ее актуальность***: Гонорея вызывается гонококком, передается в основном половым путем. Для гонококка характерны: отрицательная окраска по Грамму, внутриклеточное расположение, внутриклеточное расположение и бобовидная форма.

Гонорея женщин имеет свои особенности:

1. Из-за анатомического строения мочеполовых органов она в большинстве случаев не вызывает заметных болевых ощущений.

2. Отличается многоочаговостью.

3. Гонококк, как правило, поражает цилиндрический эпителий.

Распространяется процесс каналикулярно-гематогенно, лимфогенно в отдаленные органы.

Формы гонореи:

1. Свежая - в отделяемом из влагалища или цервикального канала обнаруживается гонококк.
	1. Острая.
	2. Подострая - возникла не более 2-х недель назад.

 с) Торпидная - симптомов нет, но гонококк обнаруживается в отделяемом из влагалища.

1. Латентная форма. Установлен несомненный источник заражения, а гонококки не обнаруживаются.
2. Хроническая гонорея. Давность заболевания более 2-х месяцев, провокация дает положительный результат.
3. Асимптоматическая гонорея и гонококконосительство.

Классификация гонореи:

1. Заболевание нижнего отдела мочеполовых путей.
2. Заболевание верхнего отдела половых путей.
3. Осложнения в мочеполовых путях (тубовариальные абсцессы, пиосальпинксы).

Клинические формы:

1. Уретрит - частотой до 90%.
2. Эндоцервицит- 82-90%.
3. Гонорейный бартолинит - абсцесс истинный и ложный.
4. Проктит.
5. Эндометрит и сальпингит.
6. Гонорейный перитонит.

Гонорея - частая причина бесплодия.

Лечение гонореи - отказ от половых сношений, противогонокковые средства (тробицин, роцефин и др.) методы стимуляции иммунитета, местная терапия.

 ВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ (ВК)

 ВК наиболее частая инфекция генитального тракта у женщин репродуктивного возраста.75% женщин в течение жизни хотя бы 1 раз страдают от вагинального кандидоза. В 80% случаев причиной заболевания является Candida albigans.

 Факторы защиты женского организма:

 PH влагалищной среды предупреждает переход сапрофитных форм С.al. к патогенным формам.

 В нормальных условиях биологические процессы вагины характеризуются распадом гликогена клеток до глюкозы и молочной кислоты, что понижает PH до 4. Кислая среда подавляет рост большинства микроорганизмов, включая C. al.

 Однако, если число лактобактерий понижается, например, под влиянием антибиотиков, то PH растет и C.al. может стать патогенной. При беременности и диабете количество гликогена в тканях значительно увеличивается, что способствует пролиферации C. al. При нарушении Т-зависимого иммунного состояния возможна возвратная атака вагинального кандидоза и пенетрация стенок влагалища грибами. Неблагоприятно длительное применение оральных контрацептивов и ношение плотной и теплой одежды.

 КЛИНИКА:

 Типичными проявлениями заболевания являются зуд, бели, жжение при мочеиспускании. Бели имеют характерный вид: творожистые, сметаноподобные с неприятным запахом. При осмотре наружных половых органов и влагалища выявляется значительная гиперемия кожи и слизистой, налеты серовато-белого цвета, после снятия которых обнажается инъецированная слизистая.

 ДИАГНОСТИКА: Не представляет сложностей в связи с характерными белями, результат микроскопического исследования мазков окончательно проясняет диагноз.

 ЛЕЧЕНИЕ: дифлюкан, амфоглюкамин, клион-Д, флюкостат, микосист, микостат, флюконазол, ирунин.

 Иммуномодуляторы: Тактивин (по 100 мкг. 2 раза в неделю, подкожно) и тималин по 18 мг в/м 1 раз в день 10 дней.

 Местно: влагалищные ванночки с марганцовокислым калием, ацидофильным молоком, мазевые тампоны (нистатиновая, нитазоловая, левориновая, канестеновая, клотримазоловая мази). Эффективно применение влагалищных таблеток: клотримазол, канестен, дафнеджин, тержинан, полижинакс, пимафуцин, клион-Д.

 ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС (ГГ)

 Генитальный герпес - одно из наиболее распространенных трансмиссивных заболеваний. Отличительной особенностью его является пожизненное вирусоносительство с возможной реактивацией, что обусловлено резистентностью вируса простого герпеса к имеющимся методам лечения. В большинстве лечебных лабораторий отсутствует возможность лабораторной диагностики вируса.

 Опасность вируса ГГ состоит также в том, что поврежденные слизистые и кожа могут быть входными воротами для ВИЧ. Кроме того возможно внутриутробное заражение плода и заражение ребенка в родах, что может привести к тяжелым последствиям в неонатальном периоде. Частота по данным США 178 случаев на 100.000 населения.

 Пути инфицирования - половой, бытовой, при медицинских манипуляциях. Первичный ГГ. Инкубационный период длится от 1 до 10 дней. Клиника: субфебрильная температура, слабость, недомогание, увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов. На слизистых оболочках и прилегающих участках кожи определяются сгруппированные Везикулезные элементы, которые вскрываются через 1-2 дня, образуя мокнущие эрозии или язвочки. При этом больная испытывает зуд, жжение, боль. В 50-70% случаев ГГ рецидивирует. Рецидивы могут протекать в виде манифестной формы, которая характеризуется такими же проявлениями как первичная (при этой форме вирус выделяется в окружающую среду).

 Атипичная форма (субклиническая) отличается отсутствием типичных везикул. Она характеризуется наличием трещин и зуда.

 Диагноз: отмечается склонность к простудам, боязнь сквозняков, недомогание. Репродуктивный анамнез: бесплодие, привычное невынашивание, острое многоводие, хориоамниониты, гибель и уродства плода.

 ЛЕЧЕНИЕ:

 Герпетическая вакцина (противогерпетичесий гамма-глобулин) 0,2мл

 внутрикожно 1 раз в 7-10 дней ревакцинация 3-5 раз через 6 месяцев.

 Противовирусные препараты: ацикловир, хелепин, бонафтол, мегосил, госсипол.

 Иммуномодуляторы: см выше спленин 1,0 в/м N 10, дибазол и элеутерококк 2 раза в день, 4 дня, перерыв 3 дня и т.д. в течение 6 недель.

 Местно: марганцево-кислый калий и настойка йода, оксалиновая мазь, бонафтол, свечи виферон и др.

 ХЛАМИДИОЗ

 Хламидии - облигатные внутриклеточные паразиты, которые поражают все отделы полового тракта. Нередко хламидии поражают половые органы вместе с гонококком(40%) и трихомонадой(40%), грибами.

 Клиника: инкубационный период продолжается 20- 30 дней. Заболевание длительно, рецидивирующее. Жалобы неспецифичны: ноющие боли с иррадиацией в поясницу, дизурические явления, нарушение менструальной функции, бесплодие.

 Острая стадия характеризуется гнойными выделениями с рыбным запахом отечностью влагалищной части шейки матки. Хроническая стадия - псевдоэрозия, цервицит.

 Диагностика:

 Используются серологические методы исследования, иммуноферментные и иммунофлуоресцентные.

 Лечение: Запрет половых сношений, употребления спиртных напитков, острой и соленой пищи. Этиотропная терапия состоит в назначении препаратов тетрациклинового ряда, макролидов, рифампицина. Доза препарата зависит от остроты процесса, длительности заболевания.

 ***Трихомониаз***

Трихомониаз вызывается влагалищными трихомонадами. Заражение происходит половым путем. Отмечается фагоцитоз гонококков трихомонадами.

Клинические формы:

1. Трихомонадный вульвит.
2. Трихомонадный уретрит.
3. Трихомонадный колит.
4. Трихомонадный эндоцервицит.

Лечение: одновременное лечение обоих партнеров. Основной противотрихомонадный препарат - метронидазол (трихопол).

Современные препараты для лечения трихомониаза: атрикан –250, солкотриховак, клион-Д и местного применения - полижинакс, тержинан, клион-Д, гиналгин и др. Иммуномодуляторы - тималин, тимоген, полиоксидоний и др.

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита. Впервые синдром описан в 1981 году. Его возбудитель открыт в 1983 г. Число зарегистрированных больных непрерывно растет.

Возбудитель передается в основном половым путем. Инфицирование вирусом происходит также и при переливании зараженной крови, использование не стерильных шприцев и игл. Вирус обладает тропностью к клеткам лимфоидного ряда: Т- лимфоцитам- хелперам (Т4), макрофагам, моноцитам.

Паразитирование вируса в Т4 вызывает нарушение их функций и перестройку иммунитета.

Течение заболевания характеризуется периодами:

1. Инкубационный (от 3- х дней до нескольких месяцев).
2. Первичные проявления (до 1,5 месяцев) выражается в повышении температуры, увеличении лимфатических узлов, печени, селезенки, появлении сыпи.
3. Вторичные проявления (от нескольких месяцев до 8-10 лет)- лимфоаденоматоз с поражением нервной системы.
4. От нескольких месяцев до 3-5 лет.

Характеризуется снижением аппетита: постоянно рецидивирующий кандидоз полости рта, опоясывающий герпес, пиодермия, фурункулез, похудание, постоянная лихорадка.

Наиболее характерные симптомы: пневмоцистозная пневмония, кандидоз трахеи, легких; криптоспоридиоз с диареей, цитомегаловирусное поражение органов; лейкоэнцефалопатия, лимфома мозга, саркома Капоши, абсцессы внутренних органов, костей и суставов.

Лечение. Обнадеживающие результаты получены при применении азодотимидина, блокирующего репликацию вируса. Лечение вторичных поражений зависит от их этиологии.

Прогноз: 50% заболевших погибают в течении года, 50%- в течении последующих 10 лет.

***Учебная цель***: Изучить этиологию, патогенез, современные методы диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний половых органов, относящихся к трансмиссивным. Ознакомить студентов с актуальностью проблемы СПИДа в современном обществе.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении. При наличии больной с подозрением на специфическую инфекцию студенты осматривают ее, собирают анамнез, анализируют полученные результаты, намечают план дальнейшего обследования и лечения. Продемонстрировать студентам взятие материала для исследования из половых путей.

При отсутствии больной в учебной комнате проводится изучение историй болезни, решаются ситуационные задачи, проводится изучение историй болезни, решаются ситуационные задачи, проводится тестовый контроль.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 2 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы. ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Гонорея - этиопатогенез. Морфологические и биологические свойства гонококка. Пути передачи инфекции.
2. Классификация гонореи.
3. Гонорея нижнего отдела женских половых путей: клинические формы и их проявления.
4. Современные методы диагностики. Методы провокации.
5. Лечение. Критерии излеченности. Профилактика.
6. Трихомониаз: клиника, диагностика, лечение.
7. Хламидийная инфекция гениталий: клинические проявления, методы диагностики и лечения.
8. Генитальный герпес: клинические проявления, методы диагностики и лечения.
9. Распространение СПИДа в современном обществе. Пути передачи инфекции. Основные клинические проявления. Новейшие аспекты в лечении. Методы профилактики.

 10. Вагинальный кандидоз. Клиника. Диагностика и лечение.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

- работа с основной и дополнительной литературой; - подготовка таблиц, слайдов;

- подготовка реферативного сообщения на тему: «Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии».

 ***Список литературы:***

1. Сметник В.П. «Неоперативная гинекология» 1995 г.
2. Под ред. Савельевой Г.М. «Справочник по акушерству и гинекологии» 1995 г.
3. Проф. Хашаева Т. Х.-М. «Гонорея у женщин, лекция» Махачкала 1997 г.

4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие №14**

**Тема:Кисты и кистомы яичников**

***Тема и ее актуальность:***

Опухоли яичников занимают по частоте 2-е место среди всех ново­образований женских половых органов. Среди них доброкачественные формы составляют 70%, злокачественные-30% .

Кисты яичников - это доброкачественные ретенционные образова­ния, характеризующиеся отсутствием эпителиальной выстилки. (retentio-задержка, ретенционные кисты возникают вследствие накопления секрета и растяжения полости).

Классификация кист яичников:

1.параовариальная киста

2.воспалительные трубно-яичниковые кисты

3.фолликулярные кисты

4.киста желтого тела

5.массивный отек яичника

6.текалютеиновые кисты.

(Другие доброкачественные формы, составляющие 5 групп, редко встречаются).

Истинные опухоли - кистомы яичников могут развиваться из 4-х эмб­риональных элементов, принимающих участие в формировании яичниковой ткани: целомического эпителия, первичных половых клеток, специализиро­ванной стромы яичников, неспецифической мезенхимы.

Гистогенетическая классификация кистом яичников:

1. Эпителиальные опухоли, которые составляют 70% всех истинных ново­образований, причем 50% из них злокачественные. К эпителиальным опухо­лям относятся: серозные (50%), муцинозные (15%), эндометроидные (20%). Ча­ще встречаются в пожилом возрасте.

2.Опухоли стромы полового тяжа, которые относят к факультативному раку. Они реже метастазируют и дают деструктивный рост. Эти опухоли об­ладают гормональной активностью (гранулезоклеточные - 1-3%, андробласто­мы).

3.Липидоклеточные - редко встречаются, чаще злокачественные, секрети­руют кортикостероиды.

4.Герминогенные опухоли - кроме зрелой тератомы (дермоидная кистома) всегда злокачественные. Чаще в детском и юношеском возрасте. Возникают из 3-х зародышевых листков. Дисгерминомы-1-4%.

5.Гонадобластомы. |

6.Опухоли мягких тканей. | Последние 4 класса - разной

7.Неклассифицируемые. | степени злокачественности.

8.Метастатические. |

Фолликулярная киста - ретенционное образование в полости кистоз­но-атрезирующегося фолликула. По мере накопления жидкости фолликулярный эпителий атрофируется. В патогенезе фолликулярной кисты определенную роль играет нарушение деятельности гипофиза.

Киста желтого тела составляют 2-5% всех кист. Клиника: односторонние тазовые боли, может быть, задержка месячных или кровотечение.

Параовариальная киста

Возникает из остатков вольфова канала - мезонефрального протока, который расположен в мезовариуме. Является ретенционным образованием. Частота - 8-16%. Возраст 20-40 лет. Малигнизируется редко.

Клиника: часто немые образования. При бимануальном исследовании пальпируется опухолевидное образование и яичник. Лечение: единственная из всех кист яичников лечится хирургически.

Тека-лютеиновые кисты яичников

Состоят из атрезированных фолликулов с лютеинизированными те­ка-клетками. 25-60% больных с трофобластическими заболеваниями имеют текалютеиновые кисты.

Доброкачественные опухоли яичников имеют значительные отличия от злокачественных. Клиническая характеристика опухолей дает возможность прогнозировать исход заболевания.В СНГ среди всех новообразований опухоли яичников составляют 7-15%. В США отмечено увеличение смертности при этой патологии в 2 ра­за за последние 30 лет.;47 % смертности от рака гениталий составляет смертность от рака яичников (РЯ). Пятилетняя выживаемость составляет 13 %. К факторам риска развития опухолей яичников относятся: - возраст-41-60 лет, особенно первые 4 года после менопаузы.- Риск развития рака яичников у женщин, не живущих половой жизнью, возрастает в 3.75 раза.- Среди не рожавших, риск в 5 раз больше, чем у беременевших до 20 лет. Полагают, что 3 и более доношенные беременности снижают риск раз­вития РЯ.

- Прием ОК в течение года снижает риск РЯ в 2 раза. Механическая контрацепция: презервативы и диафрагмы оказывают неблагоприятное вли­яние.

Рак яичников нередко сочетается с обменно-эндокринными нарушения­ми и соматической патологией.

Нередко заболеванию способствуют колиты, язвенная болезнь, аппенди­цит, хронический тонзиллит, пороки развития.

Гипертоническая болезнь - 32%, сахарный диабет - 21%,ожирение - 36%.

Миома матки - 52%

***Учебная цель***: ознакомить студентов с клиническими проявлениями, методами диагностики и лечение кист и кистом яичников.

***Методика занятия***: Занятие проводится в учебной комнате, в операционной, в перевязочной. Проводится осмотр больных, осмотр удаленных препаратов. Проводится клинический разбор историй болезни. Решаются ситуационные задачи. Можно рекомендовать также учебную игру.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию***:

1. Какие процессы вызывают образование кист яичников.
2. Дайте характеристику текалютеиновым киста яичников и расскажите о методах их лечения.
3. Фолликулярная киста яичника. Клиника, диагностика, лечения.
4. Киста желтого тела, клиника, диагностика, лечение.
5. Параовариальная киста. Клиника, диагностика, лечение.
6. Какие образования относятся к истинным опухолям яичников?
7. Классификация истинных опухолей яичников.
8. Диф.диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников.
9. Диагностика опухолей яичников.
10. Эпителиальные опухоли яичников.
11. Герминогенные опухоли яичников.
12. Гормональноактивные опухоли яичников.
13. Принципы терапии истинных опухолей яичников.
14. Профилактика опухолей яичников.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Кисты и кистомы яичников».

***Литература:***

1. Список литературы: В.Козаченко. Рак яичников,1989

2. Справочник по акушерству и гинекологии под ред. Серов В.Н. 1994. Лекция на кафедре.

3. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. 1990 г.

4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

Занятие № 15.

**Тема: Патологические состояния шейки матки.**

***Тема и ее актуальность***: Патологические состояния шейки матки- одна из самых частых причин, по поводу которой женщины обращаются к врачу. К ним относятся: эктопия, дискератозы шейки матки, полип цервикального канала, эктропион, гиперплазия слизистой оболочки цервикального канала.

Эктопия- смещение высокого цилиндрического эпителия на участок влагалищной части шейки матки. Наблюдается у 10-15% женщин моложе 30 лет. Посттравматическая эктопия возникает после травмы шейки матки в родах или во время аборта. Методы диагностики: осмотр, кольпоскопия, цитологическое исследование, гистологическое исследование, гистологическое исследование. Лечение.

Дискератозы шейки матки:

Лейкоплакия - патологический процесс, связанный с ороговением поверхностных отделов многослойного плоского эпителия шейки матки.

Различают 2 вида лейкоплакии:

1. Простая, тонкая, не возвышающаяся над поверхностью покровного эпителия шейки матки.
2. Чешуйчатая- плотная, возвышающаяся над поверхностью покровного эпителия шейки матки.

Методы диагностики - осмотр, кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследование.

Лечение - электро-, крио- и лазерохирургические методы.

Эритроплакия - патология слизистой оболочки шейки матки со значительным истончением эпителиального покрова с явлениями дискератоза. Клиника, диагностика, лечение.

Полип цервикального канала- этиология. Классификация в зависимости от эпителия, покрывающего полип:

1. Полипы, покрытые цилиндрическим эпителием.
2. Полип, покрытый многослойным плоским эпителием.
3. Полипы, покрытые высоким цилиндрическим эпителием.
4. Полипы эндоцервикса с очаговым децидуальным метаморфозом.

Клиника, диагностика, лечение.

Эктропион- выворот слизистой оболочки цервикального канала. Возникает вследствие не восстановленного или плохо восстановленного разрыва шейки матки в родах. Клиника, диагностика, лечение.

Гиперплазия слизистой оболочки- цервикального канала. Этиология. Классификация гиперплазии: железистая, железисто- кистозная, микрожелезистая, аденоматозная. Клиника, диагностика, лечение.

Рак шейки матки. Наиболее часто наблюдается плоскоклеточный рак шейки матки (94-95% больных) и аденокарцинома (4-6%). К редким опухолям шейки матки относятся светлоклеточная , аденокарцинома, аденоплоскоклеточная, аденокистозная, недифференцированная резервноклеточная карциномы и некоторые другие типы раковых поражений.

Классификации рака шейки матки (1985) по степени распространения рака шейки матки. Согласно международной классификации рака шейки матки по степени TNM (1985), рекомендованный для клинического использования, стадию заболевания оценивают по 3 критериям: степени распространения первичной опухоли (Т- tumor), состоянию регионарных лимфатических узлов (N- nodes) и наличию отдаленных метастазов (M- metastases).

Клиническая картина: симптоматика ракового поражения шейки матки существенно обусловлена формой роста опухоли (эндофитная, экзофитная, смешанная, язвенно-инфильтративная), стадией и вариантом распространения заболевания (влагалищный, маточный, параметральный, метастатический).

Методы диагностики рака шейки матки: кольпоскопия, цитологическое, гистологическое исследования.

Методы лечения рака шейки матки.

 ***Учебная цель***: Научиться осматривать шейку матки в зеркалах. Уметь взять мазки для цитологического исследования, знать технику производства простой и расширенной кольпоскопии и уметь оценить состояние шейки матки по кольпоскопической картине. Знать этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении, в кабинете кольпоскопии, в учебной комнате. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациентки с патологией шейки матки для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируется полученные данные. Студенты осматривают шейку матки в зеркалах, берут мазки для цитологического исследования. Студенты принимают участие в проведении кольпоскопии (простой и расширенной).

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Классификация патологических состояний шейки матки.
2. Клиническая и кольпоскопическая характеристика псевдоэрозий шейки матки.
3. Эктопия шейки матки. Причины, методы диагностики. Лечение.
4. Лейкоплакия. Клиника, диагностика, лечение.
5. Эритороплакия. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
6. Полип цервикального канала. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
7. Эктропион. Причины. Клиника, диагностика, лечение.
8. Гиперплазия слизистой оболочки цервикального канала. Классификация.
9. Клиника. Диагностика гиперплазии слизистой оболочки цервикального канала.
10. Методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки.
11. Этиология рака шейки матки.
12. Клиника , диагностика.
13. Пути распространения и стадии развития процесса.
14. современные принципы лечения.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Доброкачественные заболевания шейки матки».

***Литература:***

1. Василевская Л.Н. «Гинекология» (М. Медицина- 1985).
2. Бодяжина В.И., Сметник В.П. «Неоперативная гинекология».
3. Василевская Л.Н. «Кольпоскопия» (М. Медицина- 1987).

 4.Сметник В.П. «Неоперативная гинекология» (1998).

5. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. М.Медицина 1997 г.

6. Роговская С.И. «Практическая кольпоскопия» (ГЭОТАР – Медиа, 2011).

7. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 16.**

**Тема: Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия.**

***Тема и ее актуальность***: Гиперпластические процессы в эндометрии имеют неодинаковую степень развития и иногда приобретают характер предракового заболевания.

Гистологическая классификация ВОЗ выделяет 3 основных вида гиперпластических процессов в эндометрии:

1. Эндометриальные полипы.
2. Эндометриальная гиперплазия.
3. Атипическая гиперплазия эндометрия.

В литературе последних лет обычно используется следующая классификация:

1. Железистая гиперплазия эндометрия.
2. Железисто- кистозная гиперплазия.
3. Атипическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз).
4. Полип эндометрия.

 Железистая гиперплазия - это проявление гормонального дисбаланса. Развивается у женщин любого возраста в результате нарушения процесса созревания фолликулов в яичниках, а также отсутствия овуляции и образования желтого тела.

Полипоз является следующей стадией железистой гиперплазии эндометрия в виде очаговой формы.

 К предраковым процессам относят:

 а) рецидивирующую железистую гиперплазию эндометрия в климактерическом и менопаузальном периодах.

 б) атипическую железистую гиперплазию или аденоматоз.

 в) аденоматозные полипы.

 Атипическая железистая гиперплазия представляет собой патологическую пролиферацию. По виду новообразование напоминают злокачественные разрастания. В слизистом слое матки наблюдаются очаги близко расположенных желез, иногда в ряде желез пролиферирующий эпителий образует сосочки. Ядра клеток крупные, бледно окрашиваются.

 Аденаматозные полипы состоят из большого количества железистой ткани, находящейся в состоянии резко выраженной пролиферации. Частота перехода предраковых состояний в рак эндометрия колеблется по различным авторам от 2 до 50% cлучаев. Клиника предраковых заболеваний эндометрия проявляется в виде кровотечений из половых путей .

 Больные репродуктивного возраста жалуется на наличие кровянистых выделений в межменструальный период, нарушение менструального цикла по типу мено- и метроррагий.

 В климактерическом периоде женщин беспокоят нерегулярные обильные менструации.

 В постменопаузальном периоде появление скудных или длительных кровянистых выделений.

 При полипозе отмечаются контактные кровянистые выделения.

 Так как предрак эндометрия обусловлен эндокринными сдвигами, и нарушениями в диэнцефальной системе, что нередко при аденоматозе у больных имеют место ожирение, патологическое оволосение, симптомы сахарного диабета, гипертонической болезни.

 При гинекологическом исследовании значительные отклонения от нормы не наблюдаются можно обнаружить незначительное увеличение матки и тестоватую ее консистенцию.

 В диагностике предрака эндометрия большую роль играют дополнительные методы исследования.

 Проведение гистероскопии таким больным позволяет диагностировать вид внутриматочной патологии и проверить качество диагностического выскабливания полости матки, которое необходимо производить раздельно из области канала шейки и тела матки. Соскоб посылается на гистологическое исследование.

 В диагностике патологии слизистой оболочки матки немаловажную роль играет цитологическое исследование, материал который можно получить путем аспирации или при смыве из полости матки.

 В последние годы с успехом используется радиоизотопное исследование матки с помощью радиоактивного фосфора Р 32, который накапливается в тканях с повышенным обменом веществ.

 После приема внутрь фосфора через 1- 3 суток проводится измерение зондом (счетчиком) импульсов в цервикальном канале, в области внутреннего зева, в полости матки, равномерное умеренное накопление радиоактивного фосфора характерно для доброкачественного процесса. Повышение его указывает на гиперпластический процесс. Значительное и локальное накопление изотопа указывает на предрак и рак матки. Совместное (радиометрическое и цитологическое) исследование значительно повышает их диагностическую возможность; точность диагностики достигает 98%.

**Лечение** гиперпластических процессов эндометрия проводится с учетом многочисленных факторов - возраста больной, причин гиперплазии и характера этой патологии, клинических проявлений, противопоказаний к тому или иному методу лечения, сопутствующих экстрагенитальных гинекологических заболеваний.

Гормонотерапия гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста проводится с использованием эстроген - гестагенных препаратов (одно- или двухфазные контрацептивы) или гестагенов (норколут, оргаметрил, депо-провера, 17 ОПК и др.).

У женщин до 35 лет возможно применение кломифена с целью регуляции гонадотропной функции гипофиза и стимуляции овуляции.

Хирургическое лечение показано при аденоматозе, особенно при сочетании с аденомиозом матки.

Лечение полипа: удаление полипа с последующим выскабливанием слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопии. В последние годы применяется криохирургический метод обработки ложа удаленного полипа.

Рак тела матки. Факторы, способствующие развитию рака тела матки. По гистологическому строению различают 5 вариантов рака тела матки:

1. Высокодифференцированный железистый рак.
2. Зрелый железистый рак.
3. Железисто-солидный рак.
4. Солидный рак.
5. Аденоакантома.

Пути распространения рака тела матки:

1. Лимфатический.
2. Гематогенный.
3. Имплантационный.

Классификация рака тела матки по стадиям (4 стадии). Клиническая картина и симптоматика. Методы диагностики рака тела матки:

* Двуручное исследование.
* Цитологическое исследование.
* Гистероскопия.
* Радиоизотопный метод исследования.
* биохимический метод.
* Лимфография.

Методы лечения рака тела матки.

 ***Учебная цель***: Ознакомить студентов с наиболее распространенными формами предраковых заболеваний эндометрия, современными методами диагностики, лечения и профилактики.

 ***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении. Студенты собирают анамнез, знакомятся с методами обследования. Полученные данные обсуждаются, ставится диагноз, намечается план дальнейшего лечения. Продемонстрировать студентам диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки (для последующего гистологического исследования полученного материала) под контролем гистероскопии. Участие студентов при проведении гистерографии; чтение рентгенограмм.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор***.***

 ***Вопросы к занятию:***

Классификация гиперпластических процессов эндометрия.

1. Железистая и железисто- кистозная гиперплазии.
2. Атипическая гиперплазия (аденоматоз).
3. Этиология, патогенез гиперплазий эндометрия.
4. Основные клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия.
5. Методы диагностики гиперпластических процессов эндометрия.
6. Лечение гиперпластических процессов эндометрия.
7. Особенности при назначении гормонотерапии.
8. Показания к оперативному вмешательству.
9. Диагностика и лечение полипов эндометрия.
10. Факторы - предрасполагающие к развитию рака тела матки.
11. Классификация рака тела матки.
12. Современные методы диагностики рака тела матки.
13. Клиника рака тела матки.
14. Определение степени распространенности злокачественного процесса тела матки.
15. Современные методы лечения рака тела матки и прогноз.
16. Профилактика рака тела матки.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Гиперпластические процессы эндометрия».

***Литература:***

1. Савельева Г.М. «Предрак эндометрия» (М. Медицина- 1980).
2. Сметник В.П. «неоперативная гинекология» (1998).

 3. Под ред. Савельевой Г.М. «Справочник по акушерству и гинекологии» (М., 1992)

 4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 17.**

**Тема: Острый живот в гинекологической практике**

***Тема и ее актуальность***: Острый живот - собирательное понятие, включает в себя последствия целого ряда патологических состояний, приводящих к кровотечению в брюшную полость, излитию гноя, серозного содержимого, некрозу тканей.

Апоплексия яичника - разрыв яичника. Чаще всего происходит в период овуляции и во второй фазе менструального цикла. У женщин, оперированных по поводу внутреннего кровотечения, обнаруживается в 0,5- 3% случаев.

Формы: анемическая, болевая, смешанная.

Причины: овуляция, выраженная васкуляризация желтого тела, предменструальная гиперемия яичника, перенесенные воспалительные заболевания, склеротические изменения сосудов и тканей яичника, болезни крови с нарушением ее свертываемости, травма, физическое напряжение, половой акт. Симптомокомплекс напоминает картину внематочной беременности, разница лишь в отсутствии симптомов, присущих беременности.

Диагностика: анамнез, осмотр, пульс, артериальное давление, температура тела, общий анализ крови, гемостазиограмма, хорионический гонадотропин (ХГ), в крови или моче (исключить беременность), УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия.

Дифференциальный диагноз: внематочная беременность, разрыв капсулы цистаденомы яичника; перекрут ножки опухоли яичника или субсерозной миомы матки, острый аппендицит.

Лечение: зависит от степени внутреннего кровотечения. Консервативное- при болевой форме, анемическая форма требует хирургического лечения, чаще резекции яичника.

Внематочная беременность является основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста.

Наиболее часто имплантация плодного яйца происходит в одном из отделов маточной трубы (ампулярный, интерстициальный, истмический). В редких случаях имеется яичниковая или брюшная беременность. Брюшная беременность может быть первичной, когда плодное яйцо сразу же начинает развивается в брюшной полости, имплантируясь на брыжейке кишок, на широкой маточной связке или в другом любом отделе. Чаще брюшная беременность является вторичной, т.е. после трубного аборта непогибшее плодное яйцо продолжает развиваться в брюшной полости.

К внематочной беременности можно также отнести беременность в рудиментарном роге матки, поскольку клинические проявления при ее прерывании такие же, как при разрыве трубы.

Причины: перенесенные ранее аднексит, эндометрит; аборты в анамнезе, ВМС; нарушения гормональной функции яичников; генитальный инфантилизм; эндометриоз; перенесенные операции на внутренних половых органах, лечение по поводу бесплодия.

Симптомы: ведущий симптом - боли в нижних отделах живота, которые могут иррадиировать в задний проход; аменорея 6-8 недель; наличие субъективных признаков беременности; цианоз или бледность экзоцервикса; матка грушевидной формы, размягчена; величина матки меньше предполагаемого срока беременности, односторонний аднекстумор; боли при смещении шейки матки; мажущие кровянистые выделения; общие нарушения (ухудшение общего состояния, тошнота, жидкий стул, метеоризм).

Стадия перитонеального шока (разрыв маточной трубы): внезапные интенсивные боли в нижних отделах живота; иррадиация болей в эпигастральную область; чувство давления на прямую кишку; тошнота, рвота; падение АД; перитонеальные симптомы в нижних отделах живота.

Дополнительные методы исследования: кульдоцентез, кульдоскопия, лапароскопия, УЗИ.

Дифференциальный диагноз:

1. Генитальные: нарушенная маточная беременность, воспалительные заболевания органов малого таза; перекрут ножки опухоли яичника; нарушение питания субсерозной миомы матки, эндометриоз.
2. Экстрагенитальные: острый аппендицит; мочекаменная болезнь; острый пиелонефрит; колит; холецистит; прободная язва желудка и др.

Принципы лечения:

1. Все больные с подозрением на внематочную беременность подлежат госпитализации в стационар.
2. При установлении диагноза - хирургическое вмешательство (лапароскопия, тубэктомия или пластическая операция на беременной трубе).
3. Терапия геморрагического шока при массивной кровопотере.

Перекрут ножки опухоли яичников может быть полным или частичным. При полном перекруте резко нарушается кровоснабжение, иннервация опухоли появляются кровоизлияние и некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота.

Разрыв капсулы кисты и опухоли яичника может произойти по следующим причинам: дегенерация стенки опухоли; травма; грубое бимануальное исследование. Клинически это проявляется картиной острого живота.

***Учебная цель***: Ознакомить студентов с понятием «острый живот» в гинекологии. Разобрать этиологию, патогенез, клинику таких заболеваний, как апоплексия яичника, внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы кисты и опухоли яичника. Научить современным методам диагностики данных патологических состояний, ознакомить с терапией.

***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациенты для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируются полученные результаты. Демонстрируется кульдоцентез, в случае оперативного вмешательства - операция. Для дачи заключения студентам предлагается оценить результаты лабораторных исследований.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы. ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Дайте характеристику понятию « острый живот».
2. Перечислите патологические состояния, вызывающие картину «острого живота».
3. Дайте определение апоплексии яичника. В какой фазе цикла она происходит?
4. Формы, причины апоплексии яичника.
5. Симптомы апоплексии яичника (перечислить).
6. Диагностика апоплексии яичника.
7. Дифференциальный диагноз и лечение апоплексии яичника.
8. Внематочная беременность. Определение понятия. Виды.
9. Что такое первичная и вторичная внематочная беременность, этиология.
10. Клиника и диагностика внематочной беременности.
11. Дифференциальный диагноз внематочной беременности.
12. Лечение внематочной беременности. Объем оперативного вмешательства.
13. Перечислить причины и симптомы перекрута ножки опухоли яичника.
14. Принципы лечения перекрута ножки опухоли яичника.
15. Перечислите причины и симптомы разрыва капсулы кисты и опухоли яичника.
16. Диагностика и дифференциальный диагноз разрыва капсулы кисты и опухоли яичника.
17. Принципы лечения диагноз разрыва капсулы кисты и опухоли яичника.

**Тесты:**

1. Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже органах, кроме:
	1. Шейки матки.
	2. Рудиментарного рога матки.
	3. Яичника.
	4. Брюшной полости.
	5. Влагалища.
2. Наиболее частой причиной внематочной беременности является:
	1. Генитальный инфантилизм.
	2. Наружный генитальный эндометриоз.
	3. Подслизистая миома матки.
	4. Хронический сальпингит.
	5. Длительное «ношение» ВМК.
3. Наиболее информативный метод диагностики трубной беременности:
	1. Трансвагинальная эхография.
	2. Определение титра хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче в динамике.
	3. Лапароскопия
	4. Рентгенотелевизионная гистеросальпингография.
	5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
4. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:
	1. Атрофия.
	2. Пролиферация.
	3. Железисто-кистозная гиперплазия.
	4. Децидуальная трансформация.
	5. Эндометриальный полип.
5. Каковы основные клинические симптомы прогрессирующей внематочной беременности:
	1. Приступообразные боли внизу живота.
	2. Мажущие кровянистые выделения из половых путей.
	3. Слабо положительный симптом раздражения брюшины.
	4. Все перечисленные выше.
	5. Ни один из перечисленных.
6. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:
	1. Апоплексии яичника.
	2. Перфорации матки во время медицинского аборта.
	3. Подкапсулярного разрыва селезенки.
	4. Перекрута ножки опухоли яичника.
	5. Внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.
7. Неотложная помощь при внематочной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы:
	1. Экстренное оперативное вмешательство.
	2. Адекватную инфузионно- трансфузионную терапию.
	3. Введение кардиотонических и вазотропных препаратов.
	4. Введение утеротонических препаратов.
8. Назовите характерные клинические симптомы внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта:
	1. Обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками.
	2. Периодические приступы болей внизу живота.
	3. Парез кишечника, многократная рвота.
	4. Мажущие кровянистые выделения из половых путей.
9. Укажите современные методы лечения прогрессирующей трубной беременности:
	1. Кульдоскопия.
	2. Введение метотрексата в полость плодного яйца под контролем УЗ сканирования.
	3. Чревосечение по Пфанненштилю, удаление маточной трубы.
	4. Лапароскопия, сальпинготомия, удаление элементов трофобласта.

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Острый живот в гинекологии».

***Литература:***

1. Айламазян Э.К., Рябукова И.Т. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии» (С-Петербург, 1992)
2. Грязнова И.Н. «Внематочная беременность» (М. Медицина,1980)
3. Зильбер А.П. «Медицина критических состояний» (Петрозаводск, 1995)
4. «Оперативная гинекология» под ред. В.И. Кулакова (М. Медицина, 1990)
5. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

 **Занятие № 18.**

**Тема: Острый живот в гинекологической практике**

***Тема и ее актуальность:*** Пиосальпинкс - скопление гноя в маточной трубе при сальпингите, обусловленное заращением ампулы и маточного конца трубы.

Тубоовариальный абсцесс- полость в области маточной трубы и яичника, содержащая гной и отграниченная от окружающих тканей пиогенной мембраной.

Симптомы: клиника заболевания напоминает таковую при остром аднексите, но она более выражена, особенно если наступает разрыв абсцесса или подтекание его содержимого в брюшную полость.

* Боли внизу живота, или тупые боли в течении нескольких дней или недель до поступления в стационар.
* Генерализованная боль по всему животу при попадании гноя в брюшную полость.
* Иррадиация боли в правый верхний квадрант живота, поясницу.
* Усиление болевого синдрома при движении.
* Вынужденное положение тела (больные обычно неподвижно лежат с согнутыми ногами).
* Озноб, потеря аппетита, общее недомогание, слабость, тошнота, рвота, понос.
* Гнойные выделения из влагалища.
* Лихорадка, температура тела 38,2-40,5 гр.
* Выраженная тахикардия, положительные симптомы раздражения брюшины (особенно при попадании гноя в брюшную полость).
* Усиление боли при смещении шейки матки.
* Пальпируется опухолевидное образование с одной или с обеих сторон от матки, болезненное, с нечеткими контурами, неравномерной консистенции.

Дополнительные методы обследования: общий анализ крови - лейкоцитоз, лейкопения, положительная реакция на С- реактивный белок, содержание сиаловой кислоты более 260 ЕД, гемоглобин сыворотки крови до 4 г\л, снижение альбумин- глобулинового коэффициента до 0,8. УЗИ (трансвагинальным датчиком). Пункция заднего свода влагалища (гнойный экссудат). Лапароскопия.

Дифференциальный диагноз: внематочная беременность, перекрут ножки кистомы яичника или субсерозного миоматозного узла матки, аппендикулярный инфильтрат.

Принципы лечения: на начальных этапах проводится консервативная терапия:

1. Постельный режим.
2. Антибиотики.
3. Седативные.
4. Антигистаминные.
5. Иммунотерапия.
6. Детоксикация и коррекция нарушений водного или электролитного баланса.
7. Обязательное удаление ВМС при ее наличии.

Показания к оперативному лечению:

1. Подозрение на перфорацию гнойного образования придатков.
2. Развитие инфекционно-токсического шока.
3. Септический тазовый тромбофлебит.
4. Неэффективность комплексного консервативного лечения.

Острый перитонит.

Причины:

* расплавление стенки пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса.
* Инфицирование брюшной полости во время гинекологических операций.
* Криминальные аборты, в том числе осложненные перфорацией стенки матки.
* Некроз опухоли яичника вследствие перекрута ее ножки или разрыв капсулы опухоли.
* Распадающиеся злокачественные опухоли матки и ее придатков.
* Хирургические заболевания придатков.

Симптомы:

1. Реактивная стадия (первые 24 часа)- стадия максимального выражения местных проявлений: резкий болевой синдром, защитное напряжение мышц, рвота, двигательное возбуждение и т.д.
2. Токсическая (24-72 часа) - стадия стихания местных проявлений и превалирования общих реакций, характерных для выраженной интоксикации: заостренные черты лица, бледность, малоподвижность, эйфория, пульс выше 120 ударов, снижение АД, поздняя рвота, гектический характер температуры, значительный гнойно-токсический сдвиг в формуле крови. Из местных проявлений характерно снижение болевого синдрома, защитного напряжения мышц, и на ряду с этим - исчезновение перистальтики, нарастающий метеоризм.
3. Терминальная (свыше 72 часов) - стадия глубокой интоксикации на грани обратимости; лицо Гипппократа, адинамия, прострация, нередко интоксикационный делирий, значительные расстройства дыхания и сердечной деятельности, обильная рвота с каловым запахом, падение температура на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови, иногда бактериемия.

Из местных проявлений характерно полное отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.

Клиника перитонита у гинекологических больных имеет определенные отличия от подобного заболевания у пациенток с хирургической патологией. Прежде всего, следует иметь в виду возможное отсутствие ярких проявлений перитонита, как общих, так и локальных.

Лечение проводится в 3 этапа:

* Предоперационная подготовка.
* Хирургическое вмешательство.

Интенсивная послеоперационная терапия. Предоперационная терапия занимает 1,5-2 часа и включает в себя декомпрессию желудка с помощью назогастрального зонда, катетеризация подключичной вены и инфузионную терапию; внутривенную антибактериальную терапию. Проводимая после операции терапии направлена на ликвидацию гиповолемии, восполнение потери микроэлементов, коррекцию ацидоза, обеспечение энергетических потребностей организма антиферментная и антикоагулянтная терапия, обеспечение форсированного диуреза, поддержание функции печени и почек.

***Учебная цель***: Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, клиникой таких заболеваний, как пиосальпинкс, тубоовариальный абсцесс, острый перитонит. Научить современным методам диагностики данных патологических состояний, ознакомить с терапией.

***Методика занятия***: Занятие проводится в гинекологическом отделении. Распределяются находящиеся в это время в стационаре пациенты для сбора анамнестических данных, проводится осмотр больных, анализируются полученные результаты. Занятие можно проводит в виде обучающей игры, в которой один студент - пациент, другой - врач.В случае оперативного лечения студенты присутствуют на операции.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:**  4 академических часа.

**Оснащение.** Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***яВопросы к занятию:***

1. Дайте определение пиосальпинкса и тубоовариального абсцесса.
2. Симптомы пиосальпинкса и тубовариального абсцесса.
3. Пиосальпинкс и тубоовариальный абсцесс. Данные дополнительных методов исследования.
4. Пиосальпинкс и тубоовариальный абсцесс. Принципы лечения.
5. Пиосальпинкс и тубоовариальный абсцесс. Дифференциальный диагноз.
6. Острый перитонит в гинекологии. Дать определение понятия.
7. Особенности гинекологического перитонита.
8. Острый перитонит в гинекологии. Этиологические причины.
9. Перечислить стадии острого перитонита.
10. Реактивная стадия острого перитонита. Симптомы.
11. Токсическая стадия острого перитонита. Симптомы.
12. Терминальная стадия острого перитонита. Симптомы.
13. Острый перитонит. Принципы лечения.
14. Консультация какого специалиста необходима при перитоните?
15. В чем состоит консервативная терапия при пиосальпинкса и тубоовариальном абсцессе?

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Острый живот в гинекологии».

**Литература:**

1. Айламазян Э.К., Рябукова И.Т. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии» (С-Петербург, 1992)
2. Зильбер А.П. «Медицина критических состояний» (Петрозаводск, 1995)
3. «Оперативная гинекология» под ред. В.И. Кулакова (М. Медицина, 1990)
4. Савчук Б.Д. «Гнойный перитонит» (М.Медицина, 1979)
5. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 19.**

**Тема: Пузырный занос и хорионэпителиома.**

***Тема и ее актуальность***: Кровотечения из половых путей, связанные со злокачественными процессами органов гениталий могут наблюдаться при раке шейки и тела матки, при трофобластической болезни.

**Трофобластическая болезнь.**

**Пузырный занос.** Симптомы: ведущий симптом - после 2-3 месяцев аменореи - кровотечение, иногда сопровождающееся выходом пузырьков; величина матки превышает срок беременности; выраженный ранний токсикоз; наличие текалютеиновых кист яичников; отсутствие признаков плода при пальпации, аускультации (большие размеры матки) и по данным УЗИ; качественные и количественные исследования хорионического гонадотропина в моче в крови (при пузырном заносе уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50-100 раз); при деструирующих формах возможно наличие клиники внутреннего кровотечения или повреждения смежных органов (кишечник, мочевой пузырь).

Дифференциальный диагноз: самопроизвольный аборт; внематочная беременность; миома матки - рак матки.

Принципы лечения: при кровотечении из половых путей и установлении диагноза пузырного заноса: опорожнение полости матки с помощью вакуум- эксохлеациии кюретки. Если выскабливание сопровождается значительной кровопотерей, а также при угрозе перфорации матки: холод на низ живота; гемостатики; сокращающие средства; не стремиться, при первом выскабливании, полностью опорожнить матку; компенсация кровопотери.

Повторное выскабливание через 2-3 дня после компенсации кровопотери и сокращения матки. Абдоминальное кесарево сечение: при больших размерах матки, сильном кровотечении, отсутствие условий для опорожнения матки снизу, при подозрении на деструирующую форму.

При угрозе перфорации или перфорации матки - экстирпация матки без придатков. Контроль эффективности лечения: нормализации размеров матки; нормализации уровня Х Г и общего состояния женщины.

Если после удаления ПЗ в течение 2 месяцев титр ХГ остается высоким (в сыворотке крови более 20 000 МЕЛ), показана химиотерапия.

При пролиферирующих - химиотерапия.

**Хориокарцинома.**

Симптомы: циклические или ациклические кровотечения из половых путей после родов, абортов, пузырного заноса; кровотечения не поддаются консервативным методам лечения и не прекращаются после выскабливания матки; боли в нижних отделах живота; при инфицировании опухоли: серозные или гнойные выделения из половых путей, лихорадка; симптомы, обусловленные преимущественной локализацией метастазов опухоли (чаще со стороны легких); цианоз слизистой влагалища и шейки матки.

Очаги хориокарциномы во влагалище выглядят темно-вишневыми кровоточащими образованиями; матка нередко увеличена, мягковатой консистенции, с неровной поверхностью; лютеиновые кисты яичников.

Данные дополнительных методов обследования: рентгенография легких (чаще всего встречаются округлые множественные очаги шаровидной формы, расположенные в периферических отделах легких); гистероскопия; ангиография сосудов таза (зона поражения в капиллярной фазе имеет вид лакун контрастного вещества); УЗИ; определение содержания ХГ в крови; рентгенография ЖКТ, компьютерная томография головного мозга по показаниям; гистологическое исследование соскоба из полости матки или операционного материала. Консультации - онколог.

Принципы лечения: полихимиотерапия, хирургическое лечение. Показания: профузные маточные кровотечения, склонность опухоли к перфорации, большие размеры матки, резистентность опухоли к химиотерапии. Объем операции: у молодых женщин без метастазов- экстирпация матки без придатков, после 40 лет- экстирпация матки с придатками.

Контроль эффективности лечения. Больным, закончившим лечение по поводу хориокарциномы, на протяжении первого года ежемесячно проводят гинекологическое исследование, анализ мочи или крови на ХГ, рентгенография легких. Диспансеризация пожизненная.

 ***Учебная цель***: Научить студентов установить причину и локализацию кровотечения половых органов женщины и уметь оказать первую помощь при этой патологии.

***Методика занятия***: В учебной комнате проводится разбор основных причин кровотечения и локализации их в гениталиях женщины. Проводится разбор историй болезни с данной патологией. Затем, в перевязочной осматриваются больные с эрозией шейки матки, с подозрением на рак шейки матки и злокачественный процесс эндометрия.

Производится лечебно-диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистоисследованием. Студенты совместно с преподавателем осуществляют методы остановки кровотечения шейки матки.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия: 4** академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Вопросы к занятию:***

1. Причины возникновения кровотечения из органов гениталий.
2. Из каких органов гениталий может возникнуть кровотечение?
3. Как диагностировать кровотечение (методы исследования)?
4. С какими заболеваниями надо дифференцировать при кровотечении из матки?
5. Как остановить маточное кровотечение?
6. Как остановить кровотечение из шейки матки (рак) консервативными методами?
7. Что надо делать при продолжающимся кровотечении, угрожающем жизни больной?
8. Какие дополнительные методы можно использовать для уточнения диагноза и определения степени распространения злокачественного процесса?

***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Кровотечения, обусловленные опухолями гениталий».

***Литература:***

1. Бохман Я.В. «Руководство по онкогинекологии», 1989.
2. Макаров О.В. «Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению предрака эндометрия», 1993.
3. Казаченко В.П. «Современная тактика в диагностике и лечении хорионкарциномы матки», Вестник ВОНЦ АМН СССР, 1990.
4. Селезнева Н.Д. « Неотложная помощь в гинекологии», 1986.
5. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).

**Занятие № 20.**

**Тема: Аномалия положения половых органов**

***Тема и ее актуальность***:

Аномалии положения половых органов встречаются сравнительно часто и могут быть проявлением самых разнообразных патологических процессов. В нормальном положении матку удерживает подвешивающий аппарат, закрепляющий аппарат, поддерживающий аппарат.

Классификация аномалий положения половых органов К.Ф.Славянского: I.Смещение влагалища книзу:

 1) Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе ; во всех случаях стенки не выходят за пределы входа во влагалище.

 2) Частичное выпадение передней влагалищной стенки и части передней стенки прямой кишки; стенки выходят кнаружи от влагалищного входа. 3) Полное выпадение влагалища, сопровождающееся часто выпадением и матки

II. Смещение матки книзу:

1. Опущение матки или ее шейки
2. Частичное выпадение матки или ее шейки
3. Не полное выпадение матки
4. Полное выпадение матки.

Клиническая картина. Часто развивается наряду с нарушением функций половых органов, урологические и проктологические осложнения.

Лечение – оперативное.

 1 группа – операции, направленные на укрепление тазового дна – кольпоперинеолеваторопластика.

2 группа - операции с применением различных модификаций укорочения и укрепления круглых связок матки и фиксация матки с использованием указанных образований.

3 группа - операции направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки (кардинальных, крестцово-маточных связок за счет сшивания их между собой, транспозиции и т.д.

4 группа – операции с так называемой жесткой фиксацией выпавших органов к стенкам таза (к лобковым костям, к крестцовой кости и т.д.)

 5 группа – операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксация.

 6 группа – операции, направленные на частичную облитерацию влагалища.

 7 группа – влагалищная экстирпация матки.

 ***Учебная цель:*** Изучить причины, клинику, диагностику,принципы лечения, профилактику и виды неправильных положений половых органов.

***Методика занятия:*** Занятие проводится в учебной комнате, в гинекологическом отделении. Распределяются больных по теме для сбора анамнеза, проводится осмотр больных, анализируются

полученные результаты. Проводится вагинальное исследование для определения аномалии положения половых органов.

**Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия: 4** академических часа.

**Оснащение.**

Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

 ***Контрольные вопросы к занятию.***

1. Строение подвешивающего и поддерживающего аппарата матки.
2. Правильное положение матки и придатков по отношению к органам полости малого таза.
3. Причины неправильных положений матки.
4. Терминология неправильных положений матки.
5. Классификация аномалий положения половых органов.
6. Диагностика неправильных положений матки.
7. Симптомы неправильных положений матки.
8. Методы лечения неправильных положений матки.
9. Функция смежных органов при неправильных положениях матки.
10. Профилактика неправильных положений матки.

11. Хирургические методы лечения при неправильных положениях половых органов.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Аномалии положения половых органов».

 ***ЛИТЕРАТУРА:***

1. Васильевская Л.Н. Гинекология. Москва 1985.
2. Краснопольский В.И. с соавт. Патология влагалища и шейки матки. М.Медицина 1997.
3. Кренар И.Пластическая хирургия в гинекологии 1980.
4. Оперативная гинекология. Под редакц.Кулакова 1990.
5. К.И.Малевич, П.С.Русакевич. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях 1994.

**Занятие 21**

Тема : Гинекологические операции.

***Тема и ее актуальность:*** Особенности гинекологических операций заключаются в том, что во время них приходится манипулировать глубоко в малом тазу, в непосредственной близости от мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки и крупных сосудов. Матка и придатки сами являются рецепторными органами и, кроме того, в малом тазу имеются большие нервные сплетения. Вмешательство на половых органах приводит к нарушению репродуктивной функции, что обязывает гинеколога быть особенно осторожным при решении вопроса об объеме операции. Имеется ряд общих положений, которым необходимо следовать при любом хирургическом вмешательстве. Первое необходимое условие – это бережное обращение с тканями. Грубые манипуляции вызывают осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

Вторым необходимым условием проведения операции является обеспечение хорошего доступа к опухоли. Попытки хирурга выполнить операцию через очень маленькие разрезы приводит к излишней травматизации тканей.

Третье необходимое условие проведения операции состоит в том, что ткани и все связки во время наложения на них зажимов должны быть в умеренно натянутом состоянии и хирург должен манипулировать под контролем глаза.

Естественно, залогом успеха оперативного вмешательства являются достаточная квалификация хирурга и всего персонала, участвующего в проведении операции и наличие соответствующего инструментария. Необходимо четкое представление об анатомических особенностях той области, в которой приходится работать хирургу.

С развитием хирургической техники стали проводиться операции с целью не только удаления патологического очага, но и восстановления функции пораженного органа. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения необходимость проведения таких операций. Между тем крупные отечественные хирурги-гинекологи (Д.О.Отт, Л.Л.Окинчиц, Ф.Е.Петербургский, А.Е.Мандельштам, Л.С.Персианинов и др.) в свое время потратили немало усилий для пропаганды проведения органосохраняющих операций на женских половых органах.

Основная задача консервативно-пластических операций заключается в восстановлении или сохранении целости органа, а также и восстановлении его функции.

К консервативно-пластическим операциям должны быть установлены показания и противопоказания. Если не учитывать противопоказания к их проведению, то могут возникнуть тяжелые послеоперационные осложнения, при которых необходимы повторные оперативные вмешательства.

Основные противопоказания к консервативно-пластическим операциям являются сопутствующий воспалительный процесс в оперируемом органе, некроз и дегенерация тканей, имбибиция органа кровью (в частности, при давно прервавшейся трубной беременности), общее тяжелое состояние больной, которое требует быстрейшего завершения операции и, наконец, сохранение матки или маточных труб (при необходимости вмешательства на них) у женщин, имеющих противопоказания к беременности.

Консервативно-пластические операции в гинекологической практике приобрели особое значение. Это произошло, прежде всего, потому, что в настоящее время гинекологи при определении характера оперативного вмешательства руководствуются необходимостью сохранения репродуктивной функции женщины.

 ***Операция удаления маточной трубы****.* Показанием к операции наиболее часто является трубная беременность, реже пиосальпинкс. Техника операции состоит в лапаротомии, ревизии брюшной полости, выведении подлежащей удалению маточной трубы в операционную рану. Зажимы накладываются навстречу друг другу на угол маточной трубы и на мезосальпинкс. Затем труба отсекается. Особенности наложения швов состоят в захвате в него всех тканей, с этой целью накладывается матрацный шов.

***Операция резекции яичника*.** Наиболее частым показанием к операции является апоплексия яичника. Техника операции состоит в лапаротомии, ревизии брюшной полости, выведении подлежащего резекции яичника в рану, наложении зажимов на границе между здоровым и измененным участком яичника. Измененная часть яичника отсекается и накладывается обивной шов, после чего зажимы снимаются и шов затягивается. Необходимо подчеркнуть важность тщательного гемостаза.

***Операция клиновидной резекции яичников*** чаще всего используется при синдроме склерокистозных яичников. Особенность выполнения операции состоит в том, что после лапаротомии и выведении яичника в рану яичник захватывается пулевыми щипцами и производится клиновидное иссечение его таким образом, чтобы было удалено не менее половины измененного яичника. Затем мягкие зажимы накладываются на края раны, и производится ушивание яичника реверденовским швом.

***Операция овариоэктомии.*** Показанием к операции являются доброкачественные опухоли яичников. По ургентным показаниям операция производится при перекруте ножки опухоли. После лапаротомии измененный яичник выводится в рану. Зажимы накладываются на анатомическую ножку опухоли, в состав которой входят собственная связка яичника и воронко-тазовая связка, или на хирургическую ножку опухоли, в состав которой, кроме вышеназванных структур входит и маточная труба. Над зажимами опухоль отсекается, культя лигируется. При перекруте ножки опухоли яичника зажимы накладываются ниже места перекрута.

***Операция субтотальной гистерэктомии*** производится у женщин репродуктивного периода в связи с миомой матки или эндометриозом. После лапаротомии на ребра матки накладываются зажимы и она выводится в рану. После выяснения анатомического расположения мочеточников, миоматозных узлов накладываются зажимы на круглые маточные связки, которые затем пересекаются и лигируются. При этом вскрывается передний листок широкой маточной связки и создается доступ для пересечения листка брюшины пузырно-маточной складки. После пересечения последней производится тупая отсепаровка мочевого пузыря книзу. Следующий этап операции зависит от необходимости удаления или сохранения придатков матки. При сохранении придатков матки зажимы накладываются на угол маточной трубы и собственную связку яичников, которые пересекаются между зажимами и культя лигируется. Аналогичная манипуляция производится с противоположной стороны. При необходимости удалить придатки матки, зажимы накладываются на воронко**-**тазовую связку, которая затем пересекается и тщательно лигируется.

Аналогичная манипуляция производится с противоположной стороны. Следующий этап операции состоит в рассечении заднего листка широкой связки. Важность этого этапа состоит в том, что при этом смещается в сторону мочеточник. На восходящую ветвь маточной артерии накладываются крепкие зажимы, которые располагают перпендикулярно к ребрам матки, после чего сосуды пересекаются. Затем производится отсечение матки на уровне внутреннего зева, наложение лигатур на маточные сосуды и культю матки.

***Операция экстирпации матки – тотальная гистерэктомия*.** Производится по поводу миомы матки и аденомиоза у женщин с патологией шейки матки, у женщин перименопазального периода. Показанием к операции является рак эндометрия, акушерские кровотечения, септический шок после криминального аборта и др. Начальные этапы операции производятся также как и при субтотальной гистерэктомии. После пересечения и лигирования круглых маточных связок, вскрытия листка брюшины пузырно-маточной складки, пересечения и лигирования собственных связок яичников и маточных труб производится рассечение заднего листка широких маточных связок. Следующий этап состоит в отсепаровке мочевого пузыря до переднего свода влагалища, которая производится тупым или острым путем. Затем накладываются зажимы на кретцово-маточные связки, между ними вскрывается листок брюшины прямокишечно-маточного пространства и связки пересекаются и лигируются. Наложение зажимов на маточные сосуды производится параллельно ребрам матки, после чего сосуды лигируются. Иногда возникает необходимость в дополнительном наложении зажимов на основные связки (кардинальные связки). Передний свод влагалища захватывается пулевыми щипцами и вскрывается. Во влагалище вводится тампон. Отверстие в переднем своде расширяется, и после наложения зажимов производится отсечение матки от влагалищных сводов. Культя влагалища тщательно ушивается. Рана брюшной стенки ушивается обычным способом.

***Учебная цель:*** ознакомить студентов с особенностями гинекологических операций, показаниями, объемом оперативных вмешательств при различных патологических поражениях гениталий, техникой и принципами операций – тубэктомия, удаление придатков матки, субтотальная гистерэктомия, удаление опухоли яичника, трехмоментная пластическая операция: передняя кольпорафия, кольпоперинеорафия, вентрофиксация (вентросуспензия ).

***Методика занятия:*** Занятие проводится в учебной комнате с использованием слайдов и плакатов, атласов. В том случае, если в отделении проходит оперативное вмешательство, часть занятия проводится в операционной. В начале занятия необходим краткий экскурс в анатомию внутренних половых органов.

 **Вид занятия:** практическое занятие.

**Продолжительность занятия:** 4 академических часа.

**Оснащение.** Дидактический материал:слайды,ситуационные задачи, контролирующие тестовые системы, муляж.ТСО: компьютер, DVD-проигрыватель, мультимедийный проектор.

***Контрольные вопросы к занятию:***

1. В чём состоят особенности гинекологических операций?
2. Три положения, которым необходимо следовать при любом хирургическом вмешательстве (перечислить).
3. Тубэктомия. Показания. Техника операции.
4. Показания и техника операции резекции яичников.
5. Удаление опухоли яичников. Техника операции.
6. Удаление придатков матки. Показания. Техника операции.
7. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки.
8. Трехмоментная пластическая операция при выпадении матки. Показания. Перечислить этапы операции.
9. Трехмоментная пластическая операция при выпадении матки. Передняя кольпорафия. Кольпоперинеорафия. Вентрофиксация. Техника операции.
10. Что такое вентрофиксация, вентросуспензия? Показания.
11. Что такое кольпоперинеорафия с леваторопластикой? В каком случае она производится?
12. Субтотальная гистерэктомия. Показания.
13. Субтотальная гистерэктомия. Техника операции.

**Тестовый контроль.**

1.Анатомическая ножка опухоли яичника образована:

А - собственной связкой яичника

Б - петлями кишечника и сальником

В - воронко-тазовой связкой

Г – маточной трубой

2.Хирургическая ножка опухоли яичника состоит из:

А - собственной связки яичника

Б - воронко-тазовой связки

В – мезовариума

Г – маточной трубы

3.Тактика ведения неосложненного послеоперационного периода после влагалищной гистерэктомии:

А - опорожнение кишечника не ранее 5-х суток

Б - ранние активные движения в постели, дыхательная гимнастика

В - больной разрешается вставать не ранее 5-6-х суток

Г – длительная (до 7 дней) катетеризация мочевого пузыря

4. Перечислить факторы риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде:

А - варикозное расширение вен нижних конечностей

Б – постгеморрагическая анемия

В – ожирение

Г – пожилой возраст.

5. Неотложная помощь при внематочной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы:

А – экстренное оперативное вмешательство

Б – адекватная инфузионно-трансфузионная терапия

В – введение кардиотонических и вазотропных средств

Г – введение утеротонических препаратов

6. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:

А – внематочная беременность, нарушенная по типу трубного аборта

Б – первичное или вторичное бесплодие

В – « малые » формы перитонеального эндометриоза

Г – перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации

Д – все перечисленное выше.

 ***Учебно-исследовательская работа студентов*:**

* работа с основной и дополнительной литературой;
* подготовка таблиц, слайдов;
* подготовка реферативного сообщения на тему: «Гинекологические операции».

# *Литература.*

1. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. // Оперативная гинекология – 064 М.: Медицина, 1990.- 464с.: ил.- ISBN 5-225-00992-1.
2. Кон Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии.- М.: Медицина, 1986.
3. Краснопольский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. – М.: Медицина, 1984.
4. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И Руководство. Оперативная гинекология. М. 1990
5. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. М. 1987.
6. Давыдов С.Н. Атлас по оперативной гинекологии. Л.1989.
7. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. «Гинекология - национальное руководство» (Гэотар – Медиа – 2009).