Министерство НАУКИ и ВыСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ государственное учреждение

высшего образования

«КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙГОСУДАРСТВЕННЫЙ

уНИВЕРСИТЕТ им. Х.М. Бербекова»

### ГИНЕКОЛОГИЯ

**Методические рекомендации**

**по самостоятельной работы студентов**

Для студентов, обучающихся

по специальности 060101 Лечебное дело

**Нальчик**

**КБГУ**

**2019**

# 

# УДК 618.1 (075.3)

ББК 57.1 Я73

Г34

**Рецензент:** доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Северо-Осетинской государственной медицинской академии

**Л.В. Цаллагова**

**Составители:** Жетишев Р.А., Узденова З.Х., Логвина Л.Л., Оздоева Т.И., Карданова М. Х.

Г34 Гинекология[Текст] : методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов / Р. А. Жетишев, З. Х. Узденова, Л.Л., Логвина, Оздоева Т.И., Карданова М. Х.

– Нальчик : Каб.-Балк. ун-т, 2019. – 59с. – 150 экз.

Издание содержит тематику лекционных и практических занятий, контрольныевопросы. задания для самостоятельной работы, практических навыков и умений, список необходимых терминов и лекарственных препаратов к теме, план составления истории болезни.

Предназначено для самостоятельной работы студентов 5 курса специальности «Лечебное дело» по дисциплине «Гинекология».

Рекомендовано РИС КБГУ

|  |  |
| --- | --- |
|  | УДК 618.1 (075.3)  ББК 57.16 Я 73 |

© Кабардино-Балкарский

государственный университет,

им. Х.М.Бербекова, 2019

**Тематика лекций**

1. Предмет изучения гинекологии. Принципы организации гинекологической помощи в РФ и КБР. Методы исследования в гинекологии.

2. Регуляция менструального цикла. Нарушения менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения: ювенильного, репродуктивного и перименопаузального возраста. Кровотечения в постменопаузе.

3. Воспалительные заболевания половых органов у женщин.

4 «Острый живот» в гинекологии.

5 Внематочная беременность

6. Миома матки.

7. Эндометриоз.

8. Фоновые заболевания, предрак и рак шейки матки.

9. Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак эндометрия.

10. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Предраковые заболевания и рак яичников.

11. Бесплодный брак.

**Аннотация содержания лекций по гинекологии**

**Лекция 1. Предмет изучения гинекологии. Принципы организации гинекологической помощи в РФ и КБР. Методы исследования в гинекологии.**

1.Предмет изучения гинекологии.

2. Зарождение гинекологии как практической дисциплины.

3.Основные принципы организации гинекологической помощи в РФ и КБР.

4. Диспансеризация гинекологических больных.

5. Методы исследования в современной гинекологии от общемедицинского врачебного до специальных гинекологических методов исследования (УЗИ, кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия и др.).

6. Особенности деонтологии при изучении дисциплины.

**Лекция 2. Регуляция менструального цикла. Нарушения менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения: ювенильного, репродуктивного и перименопаузального возраста. Кровотечения в постменопаузе.**

1. Современное изучение менструальной функции.

2. Регуляция менстру­альной функции. Гонадотропные и яичниковые гормоны. Морфологиче­ские изменения в яичниках и эндометрии. Яичниковый и маточный циклы.

3. Тесты функциональной диагностики.

4. Периоды жизни женщины.

5. Классификация расстройств менструальной функции, уровни нарушения менструальной функции, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика.

6. Этиология и патогенез ювенильных маточных кровотечений. Со­временные методы диагностики, применяемые у больных с ЮМК. Диф­ференциальная диагностика. Тактика ведения больных и лечение. Профилактика ЮМК.

7. Маточные кровотечения в репродуктивном, менопаузальном и постменопаузальном периодах.

2. Этиология и патогенез дисфункциональных маточных кровотечений.

3. Методы диагностики, применяемые у больных с дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК). Роль гистероскопии в выявлении патологии эндометрия.

4. Принципы ведения больных с патологией эндометрия.

5.Лечение и профилактика дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК).

6. Кровотечения в постменопаузе

**Лекция 3. Воспалительные заболевания половых органов у женщин.**

**1.** Современные особенности этиологических факторов воспалительных заболеваний половых органов.

**2.** Фазы клинического течения воспалительного процесса.

**3.** Классификация воспалительных заболеваний гениталий, их характеристика.

**4.** Барьерные механизмы биологической защиты от воспалительных заболеваний женских половых органов.

**5.** Факторы, способствующие возникновению воспалительных заболеваний гениталий.

**6.** Методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний наружных половых органов.

7. Клинические проявления воспалительных процессов в зависимости от этиологического фактора, течения и уровня поражения.

8. Основные возбудители воспалительного процесса гениталий и пути распространения инфекции.

9. Возможные осложнения воспалительных процессов внутренних половых органов.

10. Основные и дополнительные методы диагностики воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

11. Современные особенности лечения и лекарственные препараты, применяемые в терапии воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

12. Методы лечения хронических воспалительных процессов гениталий.

13. Гонорея.

14. Туберкулез.

**Лекция 4. «Острый живот» в гинекологии.**

1. Классификация заболеваний, вызывающих картину "острого живо­та".

2.Апоплексия яичника. Этиология, патогенез, особенности клинической картины, диагностика, лечение.

3. Перекрут ножки опухоли яичника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Со­временные методы диагностики, дифференциальной диагностики и лече­ния заболеваний, сопровождающихся картиной «острого живота».

5. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении заболе­ваний, сопровождающихся клинической картиной "острого живота".

**Лекция 5** **« Внематочная беременность»**

1. Внематочная беременность. Классификация, этиология, патогенез.

1. Особенности клинической картины, со­временные методы диагностики, дифференциальной диагностики.
2. Тактика ведения и лечения женщин с внематочной беременностью.

**Лекция 6. Миома матки.**

1. Определение понятия миомы матки, факторы риска возникновения миомы матки.

2. Основные причины возникновения миомы матки.

1. Классификация миомы матки.
2. Основные клинические симптомы миомы матки.
3. Методы диагностики миомы матки, основные и дополнительные.
4. Осложнения и исход миомы матки.
5. Методы лечения миомы матки: консервативные, гормональные, хирургические.
6. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств при миоме матки.

**Лекция 7. Эндометриоз**

1.Понятие эндометриоз, теории развития эндометриоза.

2.Классификация эндометриоза, аденомиоза.

3.Клинические проявления эндометриоза в зависимости от локализации очагов.

4.Методы диагностики эндометриоза.

5.Лечение различных форм эндометриоза, пути профилактики.

6.Значение эндоскопических методов в диагностике и лечения эндометриоза.

**Лекция 8. Фоновые заболевания, предрак и рак шейки матки.**

1.Этиологические факторы развития рака шейки матки.

2.Клинико - морфологическая классификация заболеваний шейки матки.

3.Основные клинические симптомы рака шейки матки.

4.Пути метастазирования рака шейки матки

5.Классификация рака шейки матки по степени распространения (Figo).

6.Понятие «0» стадии рака шейки матки.

7.Варианты лечения рака шейки матки: комбинированное, сочетанная, лучевая терапия.

8.Профилактика рака шейки матки.

**Лекция 9. Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак тела матки.**

1. Причины возникновения гиперпластических процессов эндометрия, патогенез гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ).
2. Клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия, основные методы диагностики.
3. Гистологическая классификация гиперпластических процессов эндометрия.
4. Лечение гиперпластических процессов эндометрия в различные возрастные периоды жизни женщин.
5. Предраковые заболевания эндометрия, группы риска по развитию рака эндометрия.
6. Этиология развития рака тела матки, группы риска по развитию рака эндометрия.
7. Гистологические типы рака тела матки.
8. Симптомы рака эндометрия, пути метастазирования.
9. Классификация рака эндометрия по стадиям (Figo).
10. Основные методы диагностики рака эндометрия.
11. Принципы терапии рака тела матки, методы профилактики.

**Лекция 10. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Предраковые заболевания и рак яичников.**

1. Этиология, патогенез опухолей яичников.
2. Факторы риска развития опухолей яичников.
3. Классификация опухолей яичников (по Пфанненштилю).
4. Истинные доброкачественные опухоли яичников. Клиническая характеристика наиболее часто встречающихся опухолей яичников.
5. Методы обследования больных с подозрением на опухоль яичников. Дифференциальная диагностика, осложнения.
6. Принципы лечения опухолевидных заболеваний яичников, объем оперативных вмешательств.
7. Классификация рака яичников. Клиническое течение, пути метастазирования.
8. Лечение больных в зависимости от стадии распространенности процесса, профилактика рака яичников, раннее выявление опухолей яичников.

**Лекция 11. Бесплодный брак.**

1. Понятие бесплодный брак.
2. Классификация женского и мужского бесплодия.
3. Причины женского бесплодия.
4. Факторы мужского бесплодия.
5. Алгоритм обследования и лечения бесплодной пары.
6. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

9. Профилактика синдрома поликистозных яичников

#### (синдрома Штейна-Левенталя).

**Тематика практических занятий.**

1. Структура и организация работы гинекологического стационара.

Гинекологическая помощь девочкам, подросткам и женщинам в возрастном аспекте. Методы обследования гинекологических больных.

1. Регуляция менструального цикла. Нарушение менструальной функции.

Дисфункциональные маточные кровотечения: ювенильного, репродуктивного и перименопаузального возраста. Кровотечения в постменопаузе.

1. Воспалительные заболевания женских половых органов специфической

и неспецифической этиологии. Особенности течения воспалительных заболеваний у девочек (ж/к)

**4**. «Острый живот» в гинекологии. Внематочная беременность.

**5.** Миома матки.Аномалии развития и неправильные положения половых органов.

**6.** Эндометриоз. Трофобластические опухоли.

**7.** Фоновые заболевания, предрак и рак шейки матки.

**8.** Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак эндометрия.

**9.** Опухоли и опухолевидные образования яичников. Предраковые заболевания. Рак яичников.

**10.** Бесплодный брак (ж/к). Обсуждение истории болезни.

**ТЕМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ**

**Занятие 1. Структура и организация работы гинекологического стационара. Гинекологическая помощь девочкам, подросткам и женщина. Методы обследования гинекологических больных.**

***План занятия:***

1. Принципы работы гинекологического стационара, санитарно-эпидемиологический режим клиники.
2. Структура операционного блока, принципы работы эндоскопического кабинета, правила асептики и антисептики.
3. Общий осмотр, опрос гинекологических больных.
4. Осмотр наружных половых органов.
5. Осмотр при помощи зеркал, бимануальное исследование, ректо-вагинальное исследование.
6. Кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия, гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование в гинекологической практике.

***Задания для самостоятельной работы****:*

1. Изучение блока дополнительной информации по данной теме.

2. Работа с больным:

- научиться методике оформления истории болезни;

- научиться сбору анамнеза гинекологической больной;

- научиться интерпретировать основные лабораторные методы исследования.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1.Освоение организации, принципов работы и санитарно-эпидемиологического режима гинекологического стационара.

2. Знание правил заполнения медицинской документации

3. Сбор анамнеза гинекологической больной.

4. Проведение общего осмотра больной,

5. Проведение гинекологического осмотра.

**Основная литература по темам:**

1. 1. Айламазян Э.К. Гинекология: учебник / Э.К. Айламазян- 2-е изд., испр. И доп.-СПб.: Спецлит., 2015.- 415с.
2. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Гинекология. Учебник. 2014.- 752с.
3. Гинекология: Учебник Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012.-четвертое издание, переработанное и дополненное.-485с.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции) Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Дамиров М.М. Кольпоскопия 2-е издание БИНОМ, Москва 2016.-254с.

**Занятие 2. Регуляция менструального цикла. Нарушение менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения: ювенильного, репродуктивного и перименопаузального возраста. Кровотечения в постменопаузе.**

***План занятия:***

1. Физиология нормального менструального цикла.
2. Современные представления о регуляции менструального цикла.
3. Тесты функциональной диагностики.
4. Понятие о яичниковом цикле, маточном цикле. Изменения, происходящие в организме женщины на протяжении менструального цикла.

6. Виды нарушения менструальной функции.

7. Классификация нарушений менструальной функции.

8. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) в разные возрастные периоды: ювенильные, репродуктивного возраста, перименопаузальные. Кровотечения в постменопаузе .

9. Ювенильные маточные кровотечения (ЮМК); этиология, клиника, лечение, профилактика.

10. Дисфункциональные маточные кровотечения: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

11. Методы остановки кровотечения, тактика ведения больных.

12. Изменения в эндометрии и в яичниках при ЮМК и ДМК. Дифференциальная диагностика.

13. Кровотечения в постменопаузе. Причины, диагностические критерии.

***Терминология:***

Менструация, менструальный цикл, менархе, овуляция, фаза пролиферации, фаза секреции, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), примордиальные фолликулы, желтое тело, органы-мишени, эстрогены, прогестерон, аменорея, гипоменорея, гиперполименорея, меноррагия, метроррагия, менометроррагия, ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), перименопаузальный, пременопаузальный, постменопаузальный периоды, меноррагия, метроррагия, менометроррагия, полименорея, овуляция, ановуляция, желтое тело, аменорея, персистенция фолликула, атрезия фолликула, гиперпролактинемия, альгодисменорея

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с гинекологической больной: оформление истории болезни, сбор анамнеза больной с нарушением менструального цикла, осмотр больной по тестам функциональной диагностики.
3. Провести анализ и интерпретацию результатов дополнительных методов исследования: гормонального статуса, эхограмм матки и яичников, гистологических заключений, результатов гистероскопий, результатов гистологических исследований.
4. Анализ статуса, данных УЗИ матки, эндометрия, и яичников, данных гистероскопий, результатов гистологических исследований.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза у женщины, страдающей нарушениями менструальной функции.
2. Проведение общего обследования больной.
3. Проведение гинекологического обследования больных с нарушениями менструальной функции.

а) Определение группы крови, кровоточивости и свертываемости.

б) Зондирование полости матки.

в) Этапы операции раздельного диагностического выскабливания полости матки.

1. Знать принципы назначения гормонального гемостаза.
2. Знание техники и интерпретация данных измерения базальной температуры.
3. Проведение и интерпретация феномена «зрачка», симптома натяжения цервикальной слизи, симптома «арборизации» шеечной слизи.
4. Знание техники выполнения гистероскопии.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции) Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.

**Занятие 3. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии. Особенности течения воспалительных заболеваний у девочек (ж/к).**

***План занятия:***

1. Классификация и этиопатогенез воспалительных заболеваний половых органов: вагинит, цервицит, эндометрит, сальпингоофорит, перитонит.

2. Основные диагностические и дифференциально-диагностические критерии различных воспалительных заболеваний половых органов. Профилактика и лечение.

3. Основные схемы и принципы лечения воспалительных процессов половых органов.

4. Тактика ведения больных с пельвиоперитонитом, диффузным и разлитым перитонитом.

5. Критерии излеченности воспалительных заболеваний гениталий. Механизмы защиты половой системы

6. Выбор рациональной лечебной тактики и методов реабилитации репродуктивной функции после перенесенных воспалительных процессов женских половых органов.

7. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение гонореи. Методы провокации. Профилактика.

8. Бактериальный вагиноз. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.

9. Кандидоз. Этиология, клиника, лечение.

10. Вагинальный трихомониаз. Возбудитель, клиника, диагностика, схемы лечения, профилактика.

11. Этиология, клиника, диагностика, лечение хламидиоза. Критерии излеченности, пути профилактики.

12. Микоплазмоз, уреаплазмоз. Методы диагностики, лечение. Критерии излеченности, профилактика.

13. Вирусная урогенитальная инфекция. Клинические проявления, принципы лечения.

14. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение.

***Терминология:*** вульвит, бартолинит, вагинит, уретрит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингит, гидросальпинкс, оофорит, пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит, перитонит. Инфекция, передающиеся половым путем (ИППП), гонорея, кандидоз, иммуноферментный метод (ИФА), полимеразная цепная реакция (ПЦР), экспресс-диагностика, хламидиоз, серологический метод, микоплазмоз, герпес, кондиломы (остроконечные, плоские), криохирургия, лазеротеропия.

**За*дания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.

2. Провести работу с больным:

- научиться методике оформления истории болезни;

- научиться сбору анамнеза гинекологической больной;

- научиться интерпретировать основные лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ, результаты биохимических исследований

3. Провести дифференциальную диагностику острых воспалительных заболеваний с острым аппендицитом, апоплексией яичников, перекрутом ножки опухоли или разрывом кисты яичника.

4. Составить план лечения острых и хронических форм заболеваний.

5. Определить трудоспособности женщины после перенесенного острого воспалительного заболевания половых органов или после оперативного вмешательства.

6. Научиться интерпретировать ИФА, ПЦР результаты.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза гинекологической больной.
2. Проведение общего осмотра больной.

3. Проведение осмотра наружных половых органов, оценка их состояния.

4. Проведение осмотра при помощи зеркал.

5. Взятие мазков из цервикального канала, уретры и влагалища на флору, степень чистоты, бактериологическое исследование.

6. Взятие мазков на цитологическое исследование.

7. Оценка степени чистоты влагалищной флоры.

8.Характеристика результатов микроскопического, бактериологического, цитологического, иммуноферментного, ПЦР – обследования.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Фадеев И.Е., Дамиров М.М. Папилломавирусная инфекция в акушерстве и гинекологии: руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР- Медиа,2012.-64с.

**Занятие 4.« Острый живот» в гинекологии. Внематочная беременность.**

***План занятия.***

1. Значение термина «острый живот» и его основные симптомы.
2. Заболевания, приводящие к синдрому «острого живота» в гинекологии.
3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний с симптомами «острого живота».
4. Оказание неотложной помощи при «остром животе».

5. Классификация внематочной беременности, группы риска развития, основные причины внематочной беременности.

6, Основной симптомокомплекс при внематочной беременности.

7. Классификация типов нарушений внематочной беременности, клиника.

8. Методы диагностики и лечения внематочной беременности.

9. Реабилитация больных, перенесших оперативное лечение по поводу внематочной беременности.

10. Понятие, причины апоплексии яичника. Клинические формы апоплексии яичника, их диагностика.

11. Понятие анатомической и хирургической ножки кисты яичника. Лечебная тактика при различных формах апоплексии.

12. Причины, клинические симптомы, методы диагностики и дифференциальной диагностики перекрута ножки опухоли яичника.

13. Лечебная тактика и особенности хирургического вмешательства при перекруте ножки опухоли яичника.

14. Перекрут ножки субсерозного узла миомы матки: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

***Терминология:***

Анатомическая ножка и хирургическая ножка кисты яичника, гидросальпинкс, пиосальпинкс, пиоварий, апоплексия, перфорация пиовара, пельвиоперитонит, «крик Дугласа», френикус-синдром, симптом Щеткина-Блюмберга, кульдоцентез, резекция яичника, аднексэктомия.эктопическая беременность, перитубарные и интратубарные спайки, инфантилизм, гематосальпинкс, трубный аборт, трубный выкидыш, хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ), френикус-синдром, симптом Щеткина-Блюмберга, децидуальная ткань, перитубарная гематома, «крик Дугласа», сальпингэктомия, кульдоцентез, сальпингостомия, реинфузия, резекция, аднексэктомия.

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с больным: оформление клинической истории болезни, сбор анамнеза, осмотр общий (в т.ч. живота с оценкой перитонеальных явлений- пальпация, перкуссия, аускультация, оценка гемодинамических параметров, интерпретировать результаты биохимического обследования, оценка пунктата).
3. Составление программы лечебных (в том числе неотложных) мероприятий при заболеваниях с клинической картиной апоплексии яичника, нарушения питания миоматозного узла, разрыва пиосальпинкса, пиовара.
4. Оценить степень тяжести шока (геморрагического, септического, болевого).

5. Назначить реабилитационное лечение репродуктивной функции после операций по поводу апоплексии яичника, пиосальпинкса у гинекологических больных.

6. Составить программы лечебных (в том числе неотложных) мероприятий при заболеваниях с клинической картиной внематочной беременности.

7. Назначить реабилитационное лечение репродуктивной функции после операций по поводу внематочной беременности у гинекологических больных.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Оценка общего состояния больной.
2. Проведение осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации живота.
3. Оценка гемодинамических параметров больной.
4. Сбор анамнеза у пациенток с клиникой апоплексии яичника, тубоовариального образования, нарушением питания миоматозного узла.

5. Определение группы крови пациентки и проведение пробы на совместимость для гемотрансфузии.

6. Освоение техники проведения пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

7. Оценка результатов пунктата.

8. Освоение техники операции резекции яичника, удаления маточной трубы, удаления придатков матки,

9. Сбор анамнеза у пациенток с клиникой внематочной беременности.

10. Освоение техники операции тубэктомии.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Лихачев В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Рук-во для врачей.-М.: Мед. Информ. агенство, 2013.- 835с.
5. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация». Письмо Минздрава России

15-4/10/2- 729 от 06.02.17г. М.2017;

**Занятие 5. Миома матки. Аномалии развития и неправильные положения половых органов**

***План занятия:***

1. Эпидемиология, этиология, патогенез, факторы риска развития миомы матки.
2. Терминология и классификация миомы матки. Клинико - анатомическая классификация, МКБ-10.
3. Клиническая картина миомы матки.
4. Диагностика миомы матки (ультразвуковая, магнитно-резонансная томография в диагностике миомы матки, спиральная/мультиспиральная компьютерная томография).
5. Миома матки в пери - и постменопаузе.
6. Миома матки и беременность, миомэктомия во время беременности. Кесарево сечение и миомэктомия.
7. Дифференциальный диагноз, осложнения миомы матки.
8. Алгоритм ведения больных миомой матки.
9. Основные принципы консервативной терапии миомы матки.
10. Медикаментозное лечение миомы матки.
11. Эндоскопическая диагностика и лечение субмукозной миомы матки.
12. Показания, противопоказания к хирургическому лечению миомы матки. Объемы хирургического лечения.
13. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Показания, противопоказания, постэмболизационный синдром.
14. Понятие о MRgFUS (неинвазивная деструкция тканей высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под контролем МРТ) в лечении миомы матки.
15. Классификация пороков развития половых органов.
16. Клиническое течение пороков развития и аномалий развития половых органов. Методы диагностики.
17. Диагностика и дифференциальная диагностика аномалий развития и неправильных положений плода.
18. Инфантилизм.
19. Дисгенезия гонад. Клинические проявления, диагностика, методы коррекции.
20. Принци­пы лечения больных, показания к оперативному лечению. Реабилитация больных после оперативного лечения.
21. Заместительная гормональная терапия современными препаратами.

***Терминология:***

Субсерозный, субмукозный, интрамуральный узел, меноррагия, метроррагия, менометроррагия, выскабливание полости матки, гистерэктомия, экстирпация, рождение миоматозного узла, некроз узла, аспират из полости матки, миомэктомия, дефундация матки, надвлагалищная ампутация матки, эмболизация маточных артерий (ЭМА), постэмболизационный синдром, деструкция тканей сфокусированным ультразвуком (MRgFUS), прогестагены, агонисты гонадотропин - релизинг гормона (аГн-РГ), антагонисты гонадотропин - релизинг гормона (Гн-РГ).

Агенезия, аплазия, атрезия, гетеротопия, гипоплазия, удвоение, седловидная матка, двурогая матка, гиперантефлексия, ретрофлексия, ретроверсия, выпадение, опущение, выворот матки, элевация матки, ротация матки, дизурия, элонгация шейки матки, передняя, задняя кольпоррафия.

***Задания для самостоятельной работы:***

1.Изучить блок дополнительной информации по данной теме.

2.Опрос, сбор анамнеза, работа с медицинской документацией, интерпретация данных клинико-лабораторного исследования, изучение результатов гистероскопии, УЗИ, рентгенологических и гистологических исследований.

1. Изучить виды консервативного и хирургического лечения миомы матки
2. Изучить особенности влияния миомы матки на течение беременности и родов.
3. Изучить эндоскопическую картину субмукозной миомы матки.
4. Иметь понятие о вспомогательных хирургических технологиях (эмболизации маточных артерий (ЭМА), MRgFUS)
5. Знать профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение больных с миомой матки.
6. Работа с больными: сбор анамнеза гинекологической больной, анализ эхографических исследований, оценка общего и специального гинекологического обследования, результаты биохимического исследования, анализ архивной истории болезни больной с аномалиями развития половых органов.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза больной с миомой матки.
2. Оценка общего состояния больной
3. Проведение общего осмотра больной.
4. Проведение осмотра при помощи зеркал.
5. Оказание первой неотложной помощи при кровотечении у больной миомой матки.
6. Врачебная тактика при рождающемся субмукозном миоматозном узле.
7. Освоение техники выполнения гистероскопии.
8. Освоение техники выполнения раздельного лечебно-диагностического выскабливания слизистой цервикального канала и полости матки
9. Освоение техники выполнения надвлагалищной ампутации и экстирпации матки.
10. Освоение техники выполнения зондирования полости матки.
11. Проведение осмотра наружных половых органов.
12. Оценка результатов гормонального исследования.
13. Оценка данных гинекологического и ректального обследования.
14. Оценка данных гитероскопии, гистеросальпингографии, ультразвукового иссдедования.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции) Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Гуриев
5. Т.Д., Сидорова И.С., Унанян А.Л. Сочетание миомы матки и аденомиоза.М.: МИА; 2012.- 183с.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. Доброкачественные заболевания матки.- М.:ГЭОТАР - Медиа, 2011.-288с.
7. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация». Письмо Минздрава России

15-4/10/2-5805 от 02.10.15г. М.2017;

1. Приказ МЗ РФ № 572н от 12.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

**Занятие 6. Эндометриоз. Трофобластические опухоли.**

***План занятия:***

1. Терминология, понятие эндометриоза.

1. Классификация эндометриоза (МКБ-10, клиническая классификация).
2. Клиническая картина генитального эндометриоза.
3. Диагностика эндометриоза.
4. Эндометриоидные кисты яичников.
5. Ультразвуковая, эндоскопическая диагностика и лечение аденомиоза.
6. Понятие о наружном генитальном и экстрагенитальном эндометриозе.
7. Эндометриоз и бесплодие.
8. Лечение эндометриоза.
9. Показания, противопоказания к хирургическому лечению эндометриоза.
10. Принципы профилактики и диспансерного наблюдения больных с эндометриозом.

13. Трофобластические опухоли: понятие, классификация.

14. Пузырный занос: классификация, клиника, диагностика, врачебная тактика.

15. Методы профилактики и диспансерное наблюдение больных, с пузырным заносом.

16. Хорионэпителиома: частота, клиника, диагностики, лечение. Пути профилактики. Диспансеризация.

***Терминология:*** Эндометриоз, аденомиоз, ретроцервикальный эндометриоз, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестагены, агонисты, антагонисты гонадотропин – релизинг - гормона (Гн-РГ), вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), гетеротопии, пузырный занос, деструирующий пузырный занос, инвазия, хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ), трофобласт, трофобластическая болезнь, лютеиновые кисты, хирургическое лечение, химиотерапия.

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с больным: сбор анамнеза, общий осмотр больной, специальное гинекологическое обследование (осмотр в зеркалах), оформление медицинской документации, анализ лабораторных методов исследования, результатов гистероскопий, УЗИ - результатов и др.
3. Изучить алгоритм обследования больных с эндометриозом.
4. Изучить особенности влияния эндометриоза на течение беременности и родов.
5. Изучить вопросы, связанные с возможностями сохранения беременности, ведения родов, последового и послеродового периода у больных эндометриозом.
6. Изучить объем дополнительных методов исследования для уточнения диагноза.
7. Изучить профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение больных эндометриозом.

8. Провести работу с больным: опрос больной, осмотр, оценка

результатов биохимического исследования, результатов гормонального исследования, ХГЧ,

1. Оценка рентгенограммы органов грудной клетки, нтерпретация результатов ультразвукового исследования, вагинального исследования.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза больной с эндометриозом с учетом современных взглядов на этиопатогенез заболевания.

2. Освоение техники лапароскопии.

3. Освоение техники гистероскопии.

4. Оценка гистероскопической картины эндометриоза.

5. Оценка вагинального статуса больных с пузырным заносом.

6. Оценка результатов ХГЧ.

7. Интепретация рентгенограмм органов грудной клетки.

8. Освоение техники инструментального опорожнения полости матки при пузырном заносе.

9. Освоение особенностей диспансерного наблюдения больных, перенесших пузырный занос.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции) Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Приказ МЗ РФ № 572н от 12.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).
5. Гуриев Т.Д., Сидорова И.С., Унанян А.Л. Сочетание миомы матки и аденомиоза.М.: МИА; 2012.-183с.
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) « Эндометриоз: диагностика, лечение, реабилитация». Письмо Минздрава России

15-4/10/2-8710 от 22. ноя. 2013г. М.2017;

**Занятие 7. Фоновые заболевания, предрак и рак шейки матки.**

***План занятия:***

1. Фоновые заболевания, предрак шейки матки.
2. Этиология, классификация, современные методы диагностики фоновых заболеваний шейки матки.
3. Современные принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) фоновых заболеваний шейки матки.
4. Предраковые заболевания шейки матки.
5. Методы исследования, принципы лечения предраковых заболеваний шейки матки.
6. Методы донозологической диагностики и тактика ведения женщин с предраковыми и злокачественными заболеваниями шейки матки.
7. Рак шейки матки. Этиология, классификация
8. Тактика ведения больных в зависимости от стадии распространенности рака шейки матки..
9. Оказание неотложной помощи при кровотечениях из пораженной раком шейки матки, профилактика рака шейки матки.

***Терминология:***

Эндоцервикс, Ovule Nabothi, метаплазия, вирус простого герпеса (ВПГ), лейкоплакия, атипия, инвазия, эктопия, полип, папиллома, дисплазия, эктропион, эритроплакия, кондиломы, экзофитный рак, эндофитный рак, инфильтрация, проба Шиллера, папилломавирус, «контактные» кровотечения, цитологическое исследование, скрининг, кольпоскопия, ножевая биопсия, криодеструкция, диатермокоагуляция (ДЭК), эпидуральная анестезия, диатермоконизация.

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с больным: курирование больной с фоновыми заболеваниями шейки матки, заполнение медицинской документации (истории болезни), осмотр шейки матки в зеркалах, присутствие и интерпретация простой и расширенной кольпоскопии, анализ результатов клинико-биохимического исследования, цитологического исследования, результатов гистологий.

3. Изучить алгоритм обследования при патологии шейки матки.

4. Провести дифференциальной диагностики фоновых заболеваний шейки матки.

5. Оценить факторы риска по развитию заболеваний шейки матки.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Иметь деонтологические навыки и умения этического общения с онкопациентами.
2. Умение провести осмотр шейки матки при помощи зеркал.
3. Оценка состояния шейки матки.
4. Освоение техники проведения бимануального исследования.
5. Освоение Техники проведения простой и расширенной кольпоскопии.
6. Взятие мазков на атипические клетки для цитологического исследования.
7. Освоение техники взятия биопсии для гистологического исследования.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии/ под ред. С.И.Роговской.-М.: ГЭОТАР-МЕД,2009.-287с.
5. Дамиров М.М. Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии.-М.: Бином.2011.-320с.
6. Кольпоскопия. Основы алгоритмов диагностики и тактики ведения заболеваний шейки матки6 методические рекомендации /А.Р. Хачатурян, Л.В. Марютина; под ред. Э.К. Айламазяна.-СПб.: Изд-во Н-Л, 2011.-92с.
7. Комплексная борьба с раком шейки матки. Краткое практическое руководство.-ВОЗ, 2010.-278с.
8. Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Фадеев И.Е., Дамиров М.М. Папилломавирусная инфекция в акушерстве и гинекологии: руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР- Медиа,2012.-64с.

**Занятие 8. Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак эндометрия.**

***План занятия.***

1. Этиология и патогенез гиперпластических процессов эндометрия.
2. Классификация гиперпластических процессов эндометрия, факторы, увеличивающие риск заболеваний эндометрия.
3. Тактика ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в зависимости от возраста, характера и распространенности процесса.
4. Понятие о предраке эндометрия.
5. Рак тела матки. Классификация.
6. Клинические проявления, диагностика, прогноз рака тела матки
7. Пути профилактики рака тела матки.

***Терминология:***

Гиперэстрогения, гиперплазия, полипы эндометрия, атипия, аденоматоз, ациклические кровотечения, гистерография, малигнизация, абляция, ампутация, экстирпация, рецидив, метастазы, аденокарцинома.

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с больными: сбор анамнеза больной, страдающей гиперпластическим процессом эндометрия, работа с клиническими историями болезни, оценка данных инструментального и лабораторного методов исследования, оценка результатов жидкостной гистероскопии, аспирационной биопсии, результаты эхограмм и гистологического исследования.

3. Освоить доклинические симптомы рака эндометрия, тактику ведения женщин с предраковыми и злокачественными заболеваниями тела матки.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза больной.
2. Освоение техники проведения бимануального исследования.
3. Оценка гистероскопической картины больной с гиперпластическим процессом эндометрия.
4. Освоение техники проведения жидкостной гистероскопии.
5. Освоение техники проведения раздельного диагностического выскабливания слизистой тела матки и цервикального канала.
6. Освоение техники взятия аспирационной биопсии из полости матки.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.

**Занятие 9. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Рак яичников.**

***План занятия:***

1. Классификация опухолей яичников.
2. Эпителиальные опухоли, опу­холи стромы полового тяжа, герминогенные опухоли яичников.
3. Совре­менные аспекты этиологии и патогенеза опухолей яичников. Клиника, диагностика. Дополнительные методы исследования (УЗИ, эндоскопия, КТ, МРТ).
4. Дифференциальная диагностика опухолевидных образований и опухолей яичников, осложнения. Осложнения.
5. Принципы лечения опухолевидных образований яичников, объем оперативного вмешательства в зависимости от возраста и характера процесса.
6. Эндоскопическое лечение кист и опухолей яичников.

7. Лабораторный и лапароскопический мониторинг после операции.

8. Рак яичников: классификация (первичный, вторичный, метастати­ческий), стадии распространения.

9. Клиника, диагностика, дифференци­альная диагностика, лечение раковых заболеваний яичников.

10. Алгоритм обследования и лечения больных с объемными образованиями придатков матки.

11**.** Лечение рака яичников: хирургическое, комбинированное, химиотерапия.

***Терминология:*** первичный, вторичный, метастати­ческий рак (метастаз Крукенберга), аденокарцинома, андробластома. киста (желтого тела, фолликулярная, ретенционная, эндометриоидная, параовариальная), цистаденома, кистома, фиброма, зрелая тератома (дермоид), папиллярная, псевдомуцинозная, феминизирующая опухоль, текаклеточная, андробластома.

***Задания для самостоятельной работы:***

1. Изучить блок дополнительной информации по данной теме.
2. Провести работу с больными: опрос больной, сбор анамнеза, курирование больной с опухолевидными образованиями яичников, заполнение медицинской документации, интерпретация дополнительных методов исследования, эхограмм, анализ биохимического исследования, присутствие на операции по поводу доброкачественных новообразований яичников.
3. Провести работу с больными: опрос больной, сбор анамнеза, курирование больной с опухолевидными образованиями, раком яичников, заполнение медицинской документации, интерпретация дополнительных методов исследования, эхограмм, анализ биохимического исследования, присутствие на операциях по поводу злокачественных новообразований яичников.
4. Изучить порядок диспансеризации больных с доброкачественными опухолями яичников.

5. Изучить порядок диспансеризация больных со злокачественными опухолями яичников.

6. Изучить вопрос дифференцирования опухоли яичников с другими заболеваниями органов брюшной области и малого таза.

1. Изучить роль профилактических осмотров в ранней диагностике опухолей яичников.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Сбор анамнеза у больной.
2. Проведение общего осмотра больной, оценка состояния больной.
3. Проведение осмотра при помощи зеркал.
4. Оценка данных гинекологического и ректального обследования.
5. Оценка результатов гормонального исследования.
6. Оценка результатов онкомаркеров.
7. Освоение техники лапаротомии.

8. Определение объема опера­ций при злокачественных опухолях яичников у девочек и женщин, лабораторный и лапароскопический мониторинг после операции.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии.- М.: Медицина, 2006.- 464с.
5. Приказ МЗ РФ № 572н от 12.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

**Занятие 10. Бесплодный брак.**

***План занятия.***

1. Определение бесплодного брака.

2. Причины бесплодия.

3. План обследования бесплодных пар.

4. Разновидности вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): искусственная инсеменация, ЭКО, ИКСИ. Определение понятий, показания, методики выполнения, осложнения.

5. Синдром гиперстимуляции яичников: этиология, патогенез, диагностика, терапия. Предимплантационнная генетическая диагностика.

6. Особенности течения беременности при ЭКО.

7. Методы диагностики разных форм бесплодия.

8.Причины бесплодия в семье.

9.Классификация бесплодия.

10.Понятие мужского и женского бесплодия.

11.Виды женского бесплодия.

12.Вспомогательные репродуктивные технологии.

***Терминология:***

Репродуктивное здоровье, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), сексуальная дисфункция, гиперпролактинемия, посткоитальный тест, трубно-перитонеальный фактор, синдром резистентных яичников, истощение яичников, фертильная сперма, нормозооспермия. бесплодие в браке, синдром резистентных яичников, истощения яичников, спермаграмма нормозооспермия, олигозооспермия, азооспермия, аспермия, перенос эмбрионов (ПЭ), искусственная инсеминация (ИИ), замороженные эмбрионы.

***Задания для самостоятельной работы:***

1.Изучить блок дополнительной информации по данной теме. Работа с дополнительной литературой по теме.

2.Провести работу с больными: сбор анамнеза, осмотр больной- общий, гинекологический, оценка результатов гормонального скрининга, инфекционного скрининга (по возможности), анализ результатов снимков гистеросальпингографии, оценка результатов лабораторной диагностики.

3.Провести работу с больными: сбор анамнеза, осмотр больных - общий, гинекологический, оценка результатов гормонального исследования, инфекционного скрининга, анализ результатов цитологии, гистеросальпингографии, гистероскопии, лапароскопии и др., оценка результатов лабораторной диагностики.

***Практические навыки, необходимые для усвоения:***

1. Собрать анамнез больной, страдающей бесплодием в браке.
2. Проведение общего осмотра больной.
3. Освоение техники и интерпретация снимков метросальпингографии.
4. Интерпретация результатов тестов функциональной диагностики.
5. Оценка результатов обследования бесплодной пары.
6. Оценка результатов гормонального исследования.
7. Оценка результатов инфекционного скрининга.
8. Определение тактики ведения больной, страдающей бесплодием.

**Дополнительная литература:**

1. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.
2. Практическая гинекология (Клинические лекции)Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н.-М.: Медпрессинформ, 2011.- 325с.
3. Схемы лечения. Акушерство и гинекология./Серов В.Н.,Сухих Г.Т., Хилькевич Е.Г., М.:Литтера, 2015.- 384с.

**ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ**

**Тема 1. Половые гормоны, антигормоны, нейрогормоны и их аналоги от синтеза до клинического применения.**

1. Половые гормоны. Мишени их клинического проявления, способы выработки.
2. Гипоталамо- гипофизарно- яичниковая система**.**
3. Синтез женских половых гормонов

**Литература:**

1. Харт Д.М., Норман Д. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство.-М.: БИНОМ, 2009.-464с.
2. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.

**Тема 2. Искусственное инсеменение. Экстракорпоральное оплодотворение и трансплантация эмбриона.**

1. Методы вспомогательной репродукции. Понятие, определение.

2. ЭКО. Определение, показания.

3. Техника проведения экстракорпорального оплодотворения.

4. Искусственная инсеминация. Понятие, показания, техника.

**Литература:**

1. Харт Д.М., Норман Д. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство.- М.: БИНОМ, 2009.-464с.
2. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.

**Тема 3. Планирование семьи.**

1. Контрацепция: понятие, классификация.

2. Внутриматочная спираль (ВМС). Виды спиралей, механизм действия ВМС.

3.Преимущества внутриматочной контрацепции, недостатки метода.

4.Методика введения и осложнения при использовании ВМК.

5.Гормональные контрацептивы: классификация, противопоказания к применению, побочные эффекты.

6. Добровольная стерилизация, понятие.

**Литература:**

1. Харт Д.М., Норман Д. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство.- М.: БИНОМ, 2009.-464с.
2. Гинекология. Национальное руководство. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-е изд., 2017.- 1008с.

**Вопросы на зачет по гинекологии**

1. Методы диагностики в гинекологии.
2. Периоды полового развития девочек.
3. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочек в различные периоды развития.
4. Степени развития вторичных половых приз­наков.
5. Задержка полового развития девочек. Этиология, клиника, диаг­ностика, принципы терапии.
6. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочки в препубертатный период.
7. Периоды развития женского организма.

8. Характеристика нормального менструального цикла.

9. Изменения в яичниках и матке в течение менструального цикла.

10. Тесты функциональной диагностики для оценки менструального цикла.

11. Современные представления о регуляции менструального цикла.

12. Аменорея. Классификация.

13. Гипоменструальный синдром. Классификация, методы исследова­ния уровней поражения, принципы лечения.

14. Ювенильные маточные кровотечения: этиология, патогенез, кли­ника, диагностика, принципы те­рапии.

15. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного и пременопаузального периодов. Патогенез, клиника, диагностика.

16.Принципы терапии ДМК репродуктивного и пременопаузального периодов.

17. Специальные методы обследования в гинекологии.

18. Классификация пороков развития половых органов.

19. Преждевременное половое созревание. Этиология, клиника, диаг­ностика, принципы терапии.

20.Гематокольпос, гематометра у девочек. Этиология, клиника, ди­агностика, лечение.

21. Гистероскопия и лапароскопия в диагностике и лечении гинекологических забо­леваний.

22. Кольпоскопия.

23. Травмы половых органов.

24. Миома матки. Классификация, этиология, клиника, диагностика.

25.Субмукозная миома матки. Клиника, диагностика, лечение.

26. Клиника и терапия рождающегося субмукозного узла миомы мат­ки.

27. Показания к оперативному лечению миомы матки. Виды опера­ций.

28. Ведение больных с миомой матки, не требующей оперативного лечения.

29. Неотложная помощь при маточных кровотечениях.

30. Эндометриоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

31.Аденомиоз. Клиника, диагностика, лечение.

32. Применение половых гормонов в гинекологической практике.

33. Внематочная беременность. Классификация, этиология.

34. Внематочная беременность. Трубный аборт. Клиника, диагности­ка, лечение.

35. Внематочная беременность. Разрыв трубы. Клиника, диагности­ка, лечение.

36. Внематочная беременность прогрессирующая. Клиника, диагнос­тика, лечение.

37. "Острый живот" в гинекологии. Причины, методы диагностики.

38. Апоплексия яичника. Клиника, диагностика, лечение.

39. Фоновые заболевания шейки матки. Диагностика, терапия.

40. Методы диагностики заболеваний шейки матки.

41. Лечение фоновых заболеваний шейки матки.

42.Предрак шейки матки. Клиника, диагностика, лечение.

43. Стадии распространения рака шейки матки. Лечение.

44. Оказание неотложной помощи при кровотечении из пораженной раком шейки матки. Профилактика рака шейки матки.

45. Методы диагностики гиперпластических процессов эндометрия.

46. Рак эндометрия. Клиника, стадии распространения, лечение.

49. Морфологическая классификация опухолей яичников. Опухолевидные образования яичников.

47. Серозная цистаденома. Клиника, диагностика, лечение.

48.Муцинозная цистаденома. Клиника, диагностика, лечение.

49. Опухоли стромы полового тяжа. Клиника, диагностика, лечение.

50. Опухоли яичников у девочек. Клиника, диагностика, лечение.

51.Герминогенные опухоли яичников. Клиника, диагностика, лече­ние.

52. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, диагностика, лече­ние.

53. Рак яичников. Классификация, диагностика, стадии распростра­нения.

54. Вторичный и метастатический рак яичников. Диагностика, так­тика ведения.

55. Тактика ведения больных раком яичников.

56. 0пухолевидные образования яичников. Тактика ведения.

57. Кисты яичников. Дифференциальная диагностика, лечение.

58. Классификация и этиология воспалительных заболеваний женс­ких половых органов.

59. Вагинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

60. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Этиоло­гия, клиника, диагностика, терапия.

61. Эндомиометрит. Этиология, клиника, диагностика, терапия.

62. Острый пельвиоперитонит. Этиология, клиника, диагностика, те­рапия.

63.Трихомониаз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

64. Острая восходящая гонорея. Клиника, дифференциальная диаг­ностика, лечение.

65. Хроническая гонорея. Клиника, диагностика, лечение,

66. Методы провокации гонореи.

67. Гонорея. Этиология. Классификация, диагностика. Особенности у девочек.

68. Классификация гонореи. Принципы лечения. Критерии излеченности.

69. Туберкулез половых органов. Классификация, этиология, особен­ности течения, диагностика, лечение.

70. Первичная аменорея. Клиника, диагностика, терапия.

71. Аменорея яичникового генеза. Клиника, диагностика, терапия.

72. Аменорея надпочечникового генеза. Клиника, диагностика, те­рапия.

73. Предменструальный синдром. Клиника, диагностика, терапия.

74. Климактерический синдром. Патологический климакс. Остеопороз.

75. Посткастрационный синдром Клиника, диагностика, терапия.

76. Заместительная гормонотерапия в гинекологии.

78.Трофобластические болезни. Пузырный занос. Хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения – химиотерапия, хирургическое.

79. Бесплодный брак.

80. Инфекция, передающаяся половым путем.

81. Бактериальный вагиноз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

82. Микоплазмоз, уреаплазмоз. Клиника, диагностика, лечение.

83. Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение.

84. ЦМВ, ВПГ, папилломавирусная инфекция.

85. Пороки развития половых органов. Принципы диагностики и те­рапии

86. Современные методы и принципы контрацепции.

87. Планирование семьи.

88. Диспансеризация гинекологических больных.

89. Организация амбулаторной и стационарной гинекологической помощи в КБР, РФ.

**СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

1. Азитромицин (Зибромакс, Сумамед) – капсулы
2. Апротинин (Гордокс, Контрикал, Трасилол) – раствор для инъекций
3. Бусерелин – раствор для инъекций, аэрозоль
4. Вобэнзим – драже
5. Гексопреналин (Гинипрал, Ипрадол) – таблетки, раствор для инъекций
6. Гестринон (Неместран) – капсулы
7. Гидроксиэтилкрахмал (ГЭК, рефортан, стабизол) – раствор для инфузий
8. Даназол (Данатрол, Даноген, Даноджен, Дановал, Данол) – капсулы
9. Дезаминоокситоцин (Сандопарт) – таблетки буккальные
10. Дексаметазон – таблетки, раствор для инъекций
11. Дивина – таблетки
12. Динопрост (простин F2α) – раствор для инъекций, таблетки для приема внутрь, таблетки вагинальные, гель вагинальный
13. Дроперидол – раствор для инъекций
14. Дюфастон – таблетки
15. Индинол – капсулы
16. Клексан – раствор для инъекций
17. Климадинон – раствор
18. Климара – пластырь матричный
19. Клиндамицин (Далацин, Климицин) – капсулы, крем вагинальный, раствор для инъекций
20. Клотримазол (Кандибенене, Кандид, Канестен, Гине-лотримин, Йенамазол, Фунгизид-ратиофарм, Фунгинал-В) – таблетки вагинальные, крем вагинальный
21. Ливиал (Тиболон) – таблетки
22. Лигентен – гель
23. Магния сульфат – раствор для инъекций
24. Медроксипрогестерона ацетат (Провера, Депо-Провера, Фарлутал) – таблетки, суспензия для инъекций
25. Мерсилон (Новинет) – таблетки
26. Метилэргометрин (Метилэргобревин) - раствор для инъекций
27. Метронидазол (Клион, Метрогил, Трихопол, Протамет, Филмет, Флагил) – таблетки, свечи вагинальные, раствор для инфузий
28. Мифепристон (Гинестрил, Мифегин) – таблетки
29. Норплант – капсулы
30. Но-шпа (Дротаверин) – таблетки, раствор для инъекций
31. Окситоцин (Синтоцинон) – раствор для инъекций
32. Ортофен (вольтарен, диклофенак, диклоран) – таблетки, раствор для инъекций
33. Пентоксифиллин (Агапурин, Пентиллин, Трентал) – таблетки, раствор для инъекций
34. Поливидон-йод (Бетадин) – раствор для местного применения, мазь, свечи вагинальные
35. Полижинакс – капсулы вагинальные
36. Поликрезулен (Ваготил) – раствор
37. Постинор – таблетки
38. Рокситромицин (Рулид) – таблетки
39. Солковагин – раствор
40. Тенонитрозол (Атрикан) – капсулы
41. Токоферола ацетат (витамин Е) – капсулы, раствор для инъекций
42. Тризистон (Три-Регол, Триквилар) – таблетки
43. Утрожестан – таблетки вагинальные
44. Флуконазол (Дифлюкан, Миконазол, Микосист, Флукостат) – таблетки
45. Цефтриаксон (Лонгацеф, Роцефин) – порошок для инъекционного раствора
46. Ципрофлоксацин (Ифиципро, Ципролет, Цифран) – таблетки, раствор для инъекций, инфузий
47. Эпигаллат – капсулы
48. Эстриол (Овестин, Орто-гинест) – таблетки, гель
49. Этамзилат (Дицинон) – таблетки, раствор для инъекций

50. Ярина – таблетки

###### 

###### ОБЯЗАНОСТИ СТУДЕНТА ВО ВРЕМЯ ДЕЖУРСТВА

**Цель дежурства:** применение полученных практических навыков на занятиях в обследовании гинекологических больных,постановке диагноза, выработке плана обследования, лечения, оказание необходимой неотложной гинекологической помощи.

**Содержание дежурства**: одно ночное дежурство проводится по 2 человека с 18 часов до 6 часов следующего дня. Студент обязан явиться без опозданий, одетым по форме, и представиться дежурным врачам. План работы студентов строится в соответствии с работой дежурного врача: вечерний обход по отделениям, осмотр и наблюдение за послеоперационными, тяжело больными, прием экстренных гинекологических больных.

На дежурстве студенты производят ряд несложных манипуляций (совместно с дежурным врачом). После дежурства студент оформляет отчет о проделанной работе, который заверяется дежурным врачом. На занятии студент отчитывается о проделанной работе, наиболее сложные случаи разбираются со студентами. В отчете необходимо отразить количество осмотренных больных и выполненных лечебно-диагностических манипуляций. Отчет сдается преподавателю.

**Схема истории болезни.**

**I.Паспортная часть.**

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст пациентки.

Возраст имеет непосредственное отношение к диагностике некоторых гинекологических заболеваний, т.к. анатомические особенности половых органов и их функции подвергаются возрастным изменениям, а потому некоторые данные, представляющие нормальное явление для одного возраста, могут оказаться патологическими проявлениями для другого. Так, отсутствие менструации, или аменорея, в период половой зрелости- следствие глубоких нарушений( за исключением прекращения менструаций в связи с беременностью и лактацией), а в старческом возрасте- явление физиологическое. Один и тот же симптом в разные периоды жизни женщины может быть проявлением различных заболеваний. Примером может служить кровотечение из половых путей, которое в период полового созревания и увядания половых функций обычно связано с недостаточностью или нарушением гормональной функции яичников. В период половой зрелости причиной кровотечения могут быть различные заболевания: миома матки, воспалительные заболевания, новообразования и др.В старческом возрасте наиболее частой причиной кровотечения бывают злокачественные новообразования. Нарушение секреции половых гормонов в юношеском возрасте нередко бывает связано с общими истощающими заболеваниями, в молодом- с воспалительными процессами, в переходном( перименопаузальном) и в старческом- с онкологической патологией.

1. Профессия и место работы

Условия труда и профессиональная принадлежность должны быть изучены с учетом профессиональных вредностей. Ознакомление с профессией больной помогает объяснить возникновение дополнительных осложнений (аллергические реакции, нервные перегрузки, интоксикация, длительное вынужденное пребывание в сидячем или стоячем положении и др.)

1. Адрес

Место жительства больной помогает оценить особенности развития больной (климатические, географические особенности), образа ее жизни (город, сельская местность).

1. Семейное положение

Вопрос о том, состоит ли женщина в браке, зарегистрирован ее брак в определенной степени связан с социальной защищенностью женщины, отражается на ее психо-эмоциональном состоянии и, следовательно, может влиять на течение некоторых психосоматических заболеваний.

1. Дата и время поступления
2. Кем направлена больная в стационар (бригадой «скорой помощи», участковым гинекологом, самообращение и др.)

**II.Жалобы**

Жалобы больной указываются на момент курации больной- как гинекологические, так и общие.

1. *Гинекологические*: а) основные и б)сопутствующие.

а) Как правило, отражаются основные жалобы больной. К ним относятся:

***- боли***

Боль- одна из наиболее частых жалоб. В половом аппарате женщины в связи с чрезвычайно развитой вегетативной иннервацией и обильной васкуляризацией существуют дополнительные к спинномозговым нервам источники восприятия и передачи болевых импульсов. Болевые ощущения возникают при качественно различном раздражении половых органов. Причиной их возникновения могут быть механические, физико-химические и другие раздражители.

*Характер болей* уточнить необходимо (острая, тупая, постоянная, периодически усиливающаяся, преимущественно днем или ночью) и *ее локализацию.* Интенсивность болевых ощущений определяется не только степенью раздражения рецепторов, но и зависит от особенностей высшей нервной деятельности, характера соотношения между процессами возбуждения и торможения в ЦНС, эмоционального состояния женщины. Боли при заболеваниях наружных половых органов обычно локализуются в месте поражения, при заболеваниях внутренних половых органов могут не иметь строгой локализации и носить диффузный характер даже в тех случаях, когда достигают значительной силы; боли, обусловленные запущенными злокачественными опухолями, отличаются интенсивностью и постоянством. Наиболее частыми жалобами гинекологических больных являются боли внизу живота или в крестцовой области. Схваткообразные или приступообразные боли с иррадиацией в прямую кишку или правое плечо характерны для экстренных ситуаций при нарушенной трубной беременности. Острая боль внизу живота и признаки внутреннего кровотечения наблюдаются и при апоплексии яичника. При дифференциальной диагностике между внематочной беременностью и апоплексией яичника необходимо учитывать дни менструального цикла с учетом возможности кровоизлияния в яичник в фазу васкуляризации желтого тела яичников, т.е. в 18-19 дни цикла.

Для воспалительных заболевания органов малого таза характерны боли ноющего и постоянного характера, усиливающиеся при физической нагрузке и при переохлаждении. Болевые ощущения, обостряющиеся после менструации, родов, врачебных гинекологических исследований, манипуляций или лечебных процедур, характерны длю хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов специфической этиологии- гонореи, хламидиоза, трихомониаза, вируса генитального герпеса и др. Предменструальные боли патогномоничны для внутреннего эндометриоза. Ночные «грызущие» боли указывают на возможные злокачественные поражения женских гениталий.

***-нарушение менструальной функции***

При наличии данной жалобы уточняется *длительность и выраженность* кровотечения из половых путей, *причина* или провоцирующий фактор (после менструации, родов, врачебного осмотра, диагностических манипуляций и др.). Чаще всего причиной кровотечения у женщин детородного возраста является нарушенная маточная или внематочная беременность (в том числе и шеечная ее локализация), пузырный занос, апоплексия яичников, заболевания шейки матки, полипы, рождающийся миоматозный узел и др. Нередко кровотечения являются следствием опухолевых поражений матки и ее придатков, эндокринных нарушений (ювенильные кровотечения, геморрагическая метропатия и т.д.)

Необходимо отметить, были ли раньше аналогичные кровотечения, проводилась ли терапия и каков был лечебный эффект- временный, неполный или без эффекта. Если у больной имеются результаты предыдущих исследований, их необходимо внести в данную историю болезни больной.

***- нарушение секреторной функции***

При жалобах на наличие патологических выделение из половых путей выясняют *характер выделений*- гноевидные, пенистые, творожистые, гнойно-сукровичные, гнойно-кровянистые, с запахом или без запаха.

Уточняют давность, связь с каким-либо провоцирующим фактором, результаты ранее проведенных микробиологических исследований этих выделений, характер проведенного лечения и его эффективность.

***- нарушение репродуктивной функции***

Невозможность забеременеть или доносить беременность может быть как основной, так и сопутствующей жалобой у гинекологической больной. Также как и определенные заболевания могут быть причиной нарушений детородной функции ( бесплодие, аборты, аномалии родовых сил и др), так и следствием их (воспалительные заболевания, возникшие после абортов и родов, нейроэндокринные нарушения после обильных кровотечений у рожениц и родильниц, последствия акушерских травм и др.)

***- нарушения функции соседних органов***

Патологические проявления со стороны мочевого пузыря и нижних отделов кишечника могут выступать и как основные жалобы и как сопутствующие. Необходимо помнить, что нередко симптомы, исходящие из внутренних половых органов могут приписывать соседним с ними органами, и наоборот. Так, внематочная беременность или перекрут ножки опухоли яичника симулирует аппендицит, и, наоборот, спастическое сокращение сигмовидной кишки, особенно во время беременности или месячных, принимают за патологические изменения маточной трубы или матки.

б) сопутствующие жалобы. Следует всегда помнить, что есть некоторые детали, о которых женщина может не сообщить без дополнительных, наводящих вопросов. Например, молодые пациентки могут жаловаться на бесплодие и не сообщают о нарушениях менструального цикла, нарастании массы тела или болезненных менструациях, о перенесенных соматических, нервно-психических и других заболеваниях, а также о том, какие лекарственные препараты они принимают, нередко больные психическими заболеваниями, сохранившие трудоспособность и социально полностью адаптированные, обращаются к гинекологу по поводу аменореи-лактореи. Без дополнительных вопросов женщина вряд ли сообщит, что она принимает, например, нейролептические препараты, которые могут подавлять функцию яичников и вызывать галакторею.

**III. Анамнез жизни (anamnesis vitae)**

**1) Общий анамнез**

***а)*** *общее развитие с детства, условия быта*

По возможности необходимо выяснить условия жизни с раннего детства, т.к общее физическое развитие и становление половой сферы в значительной мере зависят от образа питания, правильного режима физических нагрузок и условий быта. Так, недостаток белкового питания в детстве и подростковом возрасте ведет к общему инфантилизму и недоразвитию внутренних половых органов, недостаток витаминов и ранний тяжелый физический труд ведут к нарушению формирования скелета, запоздалому menarche и дальнейшим проблемам в репродуктивной сфере. В некоторых случаях важно знать и о заболеваниях матери пациентки при ее внутриутробном развитии, применявшихся в этот период видах лечения.

Наряду с характером работы необходимо интересоваться и образом жизни, питании, вредными привычками пациентки. Так, повышение аппетита и жажда бывают признаками сахарного диабета и могут объяснить причины упорного кандидоза влагалища и зуда вульвы. Интенсивные занятия спортом, нерациональное питание, работа с органическими растворителями могут явиться причиной нарушения менструального цикла, ановуляции, бесплодия. Как правило, без дополнительных вопросов больная эти сведения не сообщает, не придавая им должного значения.

*б) наследственность*

Выявляются сведения о семейных заболеваниях, которые могли оказывать неблагоприятное влияние на развитие больной (неполноценное развитие, низкая сопротивляемость организма, предрасположенность к определенным заболеваниям) или передаваться наследственным путем. С учетом наследственной обусловленности многих заболеваний следует получить сведения о психических заболеваниях, эндокринных расстройствах (диабет, патология функции надпочечников, гипертиреоз и др.), наличии опухолей (миома матки, рак половых органов и молочной железы), патологии сердечно-сосудистой системы, болезнях крови у родственников первого, второго и более отдаленных поколений. Помимо обычных вопросов, касающихся семейного анамнеза, у женщин с нарушениями менструального цикла, бесплодием, избыточным оволосением необходимо выяснить, имеются ли у ближайших родственников (сестер, матери, отца, кровных родственников матери и отца) гирсутизм, ожирение, олигоменорея, были ли случаи невынашивания беременности в ранних сроках.

Выясняются данные об алкоголизме или других видах зависимости в семье (токсикомания, наркомания), венерических заболеваниях и туберкулезе

.*в) перенесенные общие заболевания*

В детском возрасте и в период полового созревания некоторые заболевания могут иметь неблагоприятные последствия в отношении развития и функций половых органов.

Частые инфекционные заболевания нередко оказывают неблагоприятное действие на процесс становления центров, регулирующих функция репродуктивной системы. Что вызывает расстройства менструального цикла, репродуктивной функции и развитие нейроэндокринных заболеваний. Так, хронический тонзиллит, корь, дифтерия, скарлатина, тифы вследствие высокой токсичности нередко являются причиной задержки развития половых органов в связи с поражением коркового слоя яичников. Особое внимание должно уделяться выявлению туберкулеза различной локализации.

Заслуживают внимания не только перенесенные острые инфекционные заболевания, но и заболевания с затяжным течением- рецидивирующий тонзиллит, ревматизм, пиелонефрит, повторные проявления герпеса, а также вирусный гепатит, следствием которого могут быть нарушения метаболизма гормонов в печени. Неблагоприятное влияние оказывают также заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, желез внутренней секреции (расстройства менструального цикла, бесплодие, бели и др.)

При сборе анамнеза необходимо отдельно спрашивать о перенесенных операциях, стрессовых ситуациях и травмах, т.к. иногда больные не расценивают их как заболевания.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МУЖА имеют значение для выяснения возбудителя воспалительных процессов женских гениталий. Данные о туберкулезе у мужа могут иметь определенное значение в отношении установления диагноза генитального туберкулеза. Выяснение здоровья мужа способствует уточнению причин бесплодного брака. Здесь же уместен вопрос о возрасте мужа, наличии у него вредных привычек, т.к. наиболее частой причиной выкидышей на ранних сроках являются генетические расстройства.

*г) аллергический анамнез*

Тщательно выясняется наличие как лекарственной, так и других видов непереносимости ( поллиноза, аллергия на пыль, перо, бытовые аллергены и др.)

*д) имеющиеся в прошлом гемотрансфузии*

Отметить год, когда проведено переливание крови, причина его и осложнения.

*е) проводилась ли в прошлом гормонотерапия*

Выясняется когда, какие конкретно препараты (с указанием дозировок) и с какой целью (лечение, контрацепция) принимались препараты, какой эффект от приема.

**2) Гинекологический анамнез**

Пациентке задают вопросы, направленные на выяснение причин на выяснение функциональной деятельности половых и соседних с ними органов. Специфические функции женского организма реагируют изменением на многие патологические процессы и являются довольно верным показателем здоровья организма женщины. Поэтому эта часть анамнеза должна быть собрана и оценена с особенно полнотой и вдумчивостью.

***А) менструальная функция***

- возраст появления первой менструации (menarche)

-через какой период времени установились регулярные менструации (сразу, через месяцы, годы). Если не установились, то какой они имеют тип и характер за этот период времени

-длительность менструации (1-3, 4-6 или более дней) и тип цикла (28-дневный «идеальный» или нормопонирующий, 21-22 дневный- антепонирующий, 30-31-дневный- постпонирующий

-характер менструаций: количество теряемой крови (скудные, умеренные, обильный, в виде кровотечения), болезненные или безболезненные. Если болезненные, указать время появления болей (до менструации, в первые дни или в течение всей менструации) и их продолжительность, а также характер болей (схваткообразные, постоянные, ноющие т др.)

-изменился ли характер после начала половой жизни, после родов, абортов, в чем выразились эти изменения;

-указать дату последней менструации (первый день последней менструации и ее конеч). Если она не была нормальной, то чем отличалась от обычной.

***Б) половая функция***

Эта часть анамнеза, относящаяся к интимной жизни, требует от врача чрезвычайного такта. Для характеристики половой функции выясняется:

- возраст начала половой жизни

- живет регулярно половой жизнью или имеет случайные связи. Здесь нужно отметить, находится ли больная в браке, длительность совместной жизни, длительность интервала повторного брака (если такой имелся), уточнить, регистрированный ли брак.

- для характеристики половой функции уточняют наличие полового влечения (libido sexualis) и чувство удовлетворения. Половое влечение, половое чувство и удовлетворение характеризуют зрелость сексуальной функции женщины. Отсутствие этих показателей сексуальной функции наблюдается при дисгенезии гонад и некоторых других эндокринных нарушениях, а также ряде гинекологических заболеваний и эндокринной патологии. Половая холодность (frigiditas) наблюдаящаяся у 30% здоровых женщин, может в то же время являться аномалией нервно- психического порядка или проявлением инфантилизма, как общего, так и полового. Чрезмерно повышенное половое влечение (nymphomania) может быть результатом расстройства ЦНС, эндокринной системы, особенно в климактерическом возрасте. В таких случаях надо думать о возможности гранулезо-клеточной опухоли яичников, рака тела матки или других патологических процессах, ведущих к повышению уровня эстрогенных гормонов

-имеются ли боли при половом акте или кровяные выделения. Болевые ощущения, сопровождающие coitus, указывают на анатомо-функциональные нарушения в системе репродуктивных органов.. Чаще всего эти нарушения связаны с воспалительными заболеваниями, застойными явлениями или опухолевыми процессами в малом тазу. Боль при половых сношениях (dyspareunia) характерна для эндометриоза (особенно ретроцервикального), нередко на боль при половом акте жалуются женщины с гипоплазией половых органов, боль даже при попытке полового акта отмечается при вагинизме. При жалобах на невозможность или затрудненность полового сношения, не связанных с вагинизмом, следует подумать о пороках развития полового аппарата, которые могут быть и причиной бесплодия. Очень важны сведения о возможных выделениях после полового акта, особенно контактных кровяных выделениях, которые могут быть признаком рака шейки матки, эрозии, полипа шейки матки, кольпита или других патологических процессов.

- предохраняется ли от беременности и какие именно противозачаточные средства применяет (внутриматочные, гормональные, механические, химические, местные и др.), их эффективность и побочные проявления.

***В) репродуктивная функция***

- в каком возрасте и через какое время после начала половой жизни наступила первая беременность

- сколько было беременностей (перечислить все в хронологическом порядке, как каждая из них протекала и чем закончилась, не было ли внематочной беременности, неразвивающейся беременности или пузырного заноса)

- в отношении родов указать нормальные или патологические они были, были ли акушерские операции, течение послеродового периода, жив ли ребенок

- в отношении абортов указать: самопроизвольный, искусственный по желанию женщины в медицинским учреждении (артифициальный) или по медицинским показаниям, криминальный (внебольничный). В каком сроке произошел (ранний или поздний) аборт. При самопроизвольном и криминальном аборте отметить, производилось ли в последующем выскабливание слизистой полости матки. Выяснить и указать осложнения при производстве аборта, отметить течение послеабортного периода.

***Г) Секреторная функция***

Выяснение состояния данной функции является неотъемлемой частью опроса, т.к. многие заболевания половых органов сопровождаются изменением нормальной секреции половых гормонов, которая имеет важнейшее биологическое значение, способствуя оплодотворению и предупреждая возможность проникновения микроорганизмов в верхние отделы половых путей. Более того, бели (fluor)- изменения количества и качества содержимого влагалища- иногда являются единственным признаком таких заболеваний, как гонорейный эндоцервицит, полип и рак тела и шейки матки в начальной стадии.

- когда появились выделения

- выделения постоянные или периодические, связаны ли с менструацией

- характер выделений

= количество( скудные, умеренные, обильные)

= цвет (молочный, желтый или зеленый разной степени выраженности, «грязные»)

= наличие крови или ее примесей (сукровичные, кровянистые)

= консистенция (жидкие, тягучие, густые, сливкообразные, пенистые, творожистые и т.д)

= запах (без запаха, ихорозные, с резким запахом )

= раздражают ли окружающие ткани

Патологическая секреция может быть проявлением заболевания разных отделов половых органов. Различают *трубные бели* опорожняющийся гидросальпинкс), маточные, или корпоральные (эндометрит, полипы, начальные стадии рака эндорметрия), *шеечные* (эндоцервицит, эктропион с воспалительной реакцией, эрозии, полипы и др.), *вестибулярные.* Наиболее часто встречаются *влагалищные бели*, которые возникают при занесении патогенных микробов ( нарушение гигиены половых сношений, зияние половой щели после разрывов промежности и др.), непоказанных спринцеваний, применении нерациональных противозачаточных средств. Гиперсекреция, вызванная определенной патогенной флорой, приобретает характерный вид: при гонококковой инфекции секрет зеленовато- желтый, при коли- бациллярной – серо-грязный или дурно пахнущий, при трихомонадной инвазии- светло- зелено- желтый и мелкопенистый, при туберкулезе и кандидозе- творожистый, при стрепто- стафилококковой- жидкий и липкий, при бактериальном вагинозе- тусклый серовато- желтый, тягучий и с характерный « рыбным» запахом.

Характер выделений может изменяться и при эндокринных расстройствах, например, при гипертиреозе, при болезнях крови, при длительной интоксикации (кишечные паразиты, хронические общие инфекционные заболевания, отравления), при дисфункции яичников, при наличии персистирующего фолликула. При раке шейки матки выделения принимают цвет «мясных» помоев с ихорозным запахом.

**Г) Функции соседних органов**

При расспросе об основных функциях мочевых путей и кишечника, расстройства которых, нередко наблюдаются при гинекологических заболеваниях (проявления уретрита, цистита, гипотония кишечника, метеоризм и др.), следует выяснить:

- состояние акта мочеиспускания (безболезненное, болезненное— в начале, во время, в конце, затрудненное; редкое, частое);

-зависимость характера мочеотделения или недержания мочи от определенного положения тела или ситуации (например, стрессовое недержание мочи у женщин перименопаузального периода при кашле или чихании);

- характер мочи (прозрачная, мутная, с примесью крови);

- характер стула (поносы, запоры без тенезмов или с тенезмами, выделение слизи из прямой кишки - до дефекации или вместе с калом, примесь крови, гноя в кале, не сопряжена ли дефекация с появлением болезненности);

- наличие спазматических, схваткообразных болей в подвздошных областях и их связь с актом пищеварения, с менструальным циклом, с беременностью.

Завершить специальную часть anamnesis vitae необходимо выяснением ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

а) перечислить в хронологическом порядке перенесенные гинекологические заболевания;

б) где и чем лечилась больная (стационарно, амбулаторно, на курортах),

в) каков результат лечения.

**IV. Истории развития данного заболевания (anamnesis morbi).**

Опрос больной заканчивают получением подробных сведений о развитии патологического состояния, побудившего больную обратиться за врачебной помощью, главные симптомы которого обычно выясняются уже в процессе ознакомления с основными функциями половой системы (менструальная, половая, детородная, секреторная).

а) с какого времени пациентка считает себя больной;

б) с чем связывает начало заболевания (с менструацией, родами, абортами, оперативными вмешательствами, введением внутриматочного контрацептива, переохлаждением, сильными эмоциями, общими заболеваниями и т. д.);

в) указать характер начала заболевания (острое, постепенное), описать динамику заболевания и развитие дополнительных клинических симптомов (тошнота, рвота, иррадиация болей, нарушение функции соседних органов);

г) наблюдалась ли в женской консультации, подробно выявляются сведения о применявшихся ранее методах диагностики и лечения, а также результаты этих мероприятий;

д) указать путь госпитализации па поводу настоящего заболевания (по направлению женской консультации, бригадой «Скорой помощи», самостоятельно).

К концу опроса пациентки врач уже должен располагать достаточными сведениями для предварительного заключения о характере! заболевания и выбора направления дальнейшего объективного исследования.

**V. Объективное исследование (status praesens objectivus)**

А.. ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

**Общий осмотр (inspectiо**) включает в себя:

а) типобиологическую оценку с характеристикой конституционального типа (нормостенический, инфантильный, гиперстенический (пикнитический), интерсексуальный, астенический), определением индекса массы тела, оценкой фенотипических особенностей.

Для этого отмечают:

- рост (очень высокий, высокий, средний, низкий, очень низкий рост);

- массу тела;

- развитие жировой ткани и особенности ее распределения;

- телосложение (правильное, неправильное; отклонения от нормального женского типа телосложения - мужской, вирильный или евнухоидный).

Индекс массы тела (ИМТ) определяется как отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах, возведенной в квадрат.

ИМТ= масса тела/ (длина тела, м) 2Имеется четкая положительная корреляция между ИМТ и частотой метаболических нарушений (гипергликемия, гиперхолистеринемия, гиперлипидемия, гипертензия, атеросклероз и др.). В норме ИМТ женщины репродуктивного возраста равен 20-26. ИМТ равный 26-30 свидетельствует о малой вероятности возникновения метаболических нарушений,. свыше 30 - о средней степени риска их развития; свыше 40 — о высокой степени риска развития метаболических нарушений. Значения индекса от 30 до 40 соответствуют III степени ожирения (превышение массы тела на 50%), а значение индекса свыше 40 - IV степени ожирения (превышение массы тела на 100%). Поскольку избыточная масса тела - частое следствие патологии желез внутренней секреции, необходимо выяснить, когда началось ожирение: с детства, в пубертатном возрасте, после начала половой жизни, после абортов или родов. Распределение жировой клетчатки в виде "фартука" или "галифе", "лунообразное" лицо свидетельствуют о глубоких эндокринных нарушениях в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе.

При необходимости проводится оценка фенотипических особенностей в целях выявления у больных дисплазий и дисморфий, характерных для разных клинических форм нарушения развития половых желез (дисгенезия гонад). Обращают внимание на черты лица, в частности связанные со строением черепа. Большое диагностическое значение имеют микро- и ретрогнатия, арковидное небо, широкое плоское переносье, низко расположенные ушные раковины, низкий рост, короткая шея с кожными складками, идущими от сосцевидных отростков к плечам (крыловидные складки), бочкообразная грудная клетка с вдавлением тела грудины, вальгусная девиация локтевых суставов, гипоплазия ногтей, обилие родимых пятен. Важно установить, нет ли явлений акромегалии, которая развивается при расстройстве функций задней доли гипофиза.

б) осмотр кожных покровов:

- окраска;

- состояние кожи (тургор, повышенная сальность, наличие акне, фолликулитов, повышенной пористости, наиболее хорошо заметные на лице и спине;

- наличие полос растяжения (striae) на коже, их цвет, количество и расположение, время их появления, особенно у нерожавший женщин (в данном случае являющихся проявлением гормональных нарушений);

-характер оволосения: повышенное оволосение (гипертрихоз) и оволосение по мужскому типу (гирсутизм); при наличии избыточного оволосения — время его появления (до или после; менархе);

- наличие, локализацию и выраженность отеков, варикозного расширения вен, послеоперационных рубцов и т. п.

Синюшность пупка в сочетании с желтушной окраской ладоней и подошв часто наблюдается при внутрибрюшных кровоизлияниях. Аномалии пигментации (гипер- и апигментация) могут встречаться в различной степени выраженности и в разных комбинациях во время беременности, в период полового созревания, в климактерии, при некоторых опухолях матки и яичников. В эти же периоды иногда проявляются различного рода дерматозы; acne, herpes и т.д. Не следует проходить мимо таких фактов, как бородавчатые разрастания, ангиомы, в особенности, когда их много - согласно некоторым наблюдениям, они нередко встречаются при начавшемся или уже резвившемся где-либо в организме новообразовательном процессе.

Оценка выраженности гирсутизма производится по количественной шкале Ферримана-Голвея: интенсивность оволосения на каждой из 11 зон поверхности тела оценивается по 4- балльной системе. Исходя из общего количества баллов, которое равняется 36, можно рассчитать показатель «гормонального» статуса больной. В норме гирсутное число равно 7 баллам, 8-12 баллов соответствует легкой степени гирсутизма, свыше 12 баллов - высокой.

в) исследование молочных желез

Осмотр и пальпация молочных желез гинекологом столь же обязательны, как осмотр шейки в зеркалах при гинекологическом исследовании. Молочные железы являются частью репродуктивной системы, гормонально-зависимым органом, мишенью для действия половых гормонов, пролактина и опосредованно гормонов других эндокринных желез (щитовидной и надпочечников), У девочек-подростков и нерожавших молодых женщин определяется степень развития молочных желез по Таннеру (I - возвышение соска,II — сосок и ареола слегка приподняты, III ареола и молочная железа приподняты, IV - ареола и сосок возвышаются над мешочной железой, V — ареола сливается с контурами железы, сосок возвышается над общим контуром железы и ареолы).

При тщательном осмотре в положении стоя и лежа с последовательной пальпацией наружных и внутренних квадрантов железы оцениваются:

- форма молочных желез и их размеры (гипоплазия, гипертрофия, трофические изменения), симметричность их развития;

- характер соска (выраженный или втянутый), его связь с окружающими тканями (наличие “лимонной корки” на коже ареолы);

- консистенция, болезненность молочных желез;

- отсутствие или наличие отделяемого из сосков, его цвет, консистенция и характер (молозиво, молоко, сукровичная жидкость).

Примерно у 40 % гинекологических больных имеются различные формы фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ). Пальпация молочных желез позволяет установить данный диагноз и при некотором опыте определит ее форму: железистую, кистозную и смешанную. При выявлении ФКМ необходимо произвести УЗИ молочных желез и маммографию. В первую очередь рентгеновское исследование производят при узловой форме ФКМ. Пациенток с этой формой мастопатии обязательно направляют к онкологу для выполнения специальных методов исследования (пункция и аспирационная биопсия кистозного образования, биопсия и т.д.). Выделения коричневого цвета или с примесью крови указывают на возможный злокачественный процесс или папиллярные разрастания в протоках молочной железы; жидкое прозрачное или зеленоватое отделяемое характерно для кистозных изменений в ней, а окрашенное в цвет старой крови (сходной с менструальными выделениями) - о наличии в паренхиме железы эндометриоидных гетеротопий или геморрагической метропатии. Большое, диагностическое значение имеет выявление выделения молока или молозива при надавливании на околососковое поле. Так, наличие этого типа выделений при аменорее или олигоменорее позволяет установить диагноз галактореи-аменореи — одной из форм гипоталамических нарушений репродуктивной функции - и назначить обследование для исключения или подтверждения пролактинсекретирующей аденомы гипофиза

г) исследование, периферических лимфатических узлов: пальпируют над- и подключичные, подмышечные и паховые лимфоузлы, отмечается их величина, спаянность с кожей.

**2. Обследование по органам и системам**

По общепринятым принципам физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) проводится обследование и описание:

а) бронхо-легочной системы;

б) органов системы кровообращения;

в) желудочно-кишечного и гепатобилиарного трактов;

г) мочевыделительной системы;

д) нервной системы и органов чувств;

е) из органов эндокринной системы доступных осмотру и пальпации необходимо выделить щитовидную железу, состояние которой непосредственно влияет на функции женских гонад.

**3. Status localis**

Исследование живота у гинекологической больной, как правило, выделяется отдельно как status localis. Это обследование имеет очень большое значение, т.к. око позволяет выявить ряд патологических процессов в органах малого таза и их влияние на прочие органы брюшной полости. Кроме того, на нем часто основывается дифференциальная диагностика поражений гениталий и других органов, в связи с чем особое значение придается методике и правильной технике исследования живота у гинекологической больной. В истории болезни необходимо отразить данные:

**- осмотра живота:**

а) форма (округлая, овоидная, распластанная - “лягушачий живот”, увеличенная за счет метеоризма, опухоли);

б) участие в акте дыхания (активное участвует, щадятся при дыхании какие-либо отделы, не участвует в дыхании);

**- пальпации** — производится после опорожнения мочевого пузыря в горизонтальном положении при слегка согнутых ногах, что способствует расслаблению передней брюшной стенки. По возможности желательно предварительно очистить кишечник. Начинается пальпация живота от подреберной дуги и постепенно распространяется вниз до надлобковой области:

а) состояние брюшной стенки (тонус, наличие диастаза прямых мышц живота);

б) болезненность и напряжение, усиливающееся при надавливании пальцем, при наличии “мышечной защиты” выясняется ее распространенность — локализация в какой-нибудь одной области, во всей нижней половине живота, по всему животу и степень выраженности;

в) наличие в брюшной полости уплотнения, опухоли, воспалительных инфильтратов (величина, контуры, консистенция, распространенность и болезненность опухолей и инфильтратов, исходящих из половых органов и располагающихся за пределами малого таза; подвижности новообразования — отношение к брюшной стенке, спаянность инфильтрата с кожей й со стенками таза, феномен “баллотирования”;

г) симптомы раздражения брюшины.

**- перкуссии живота** - наравне с пальпацией, является одним из основных методов определения состояния органов брюшной полости и дает возможность выявить наличие образования и дифференцировать его (плотное, содержащее жидкость или полое).

а) характер звука (тон тимпанический или тупой с различными оттенками);

б) границы изменения перкуторного звука.

Тимпанический тон получается над кишечником и особенно выражен при метеоризме. Тупой тон определяется над плотными и жидкостными образованиями (воспалительные инфильтраты, новообразования, асцит, при наличии в брюшной полости крови или содержимого лопнувшей кистомы). При наличии плотного образования определяют его перкуторные контуры, которые при перемене положения больной не смещаются, тогда как при наличии в брюшной полости свободной жидкости (крови) границы притупления и тимпанического звука смещаются в зависимости от положения исследуемой. При новообразованиях перкуторная граница ясно очерчена и совпадает с пальпаторными контурами опухоли, перкуссия не болезненна. При образовании воспалительного характера в острой и под острой стадии перкуссия болезненна в той или иной степени, перкуторная граница притупления расположена ниже пальпаторной границы припухлости.

Перкуссия дает возможность своевременно выявить начальные формы воспаления не только всей брюшины или пельвеоперитонита, но и отдельных ее участков (периметрит, периаднексит, перитифлит и др.), а также воспалительную реакцию брюшины, наблюдающуюся при наличии крови или содержимого лопнувшей кисты. При вовлеченности брюшины в воспалительный процесс боль искусственно вызывается перкуссией всего живота по вертикальным, горизонтальным и косым линиям. Этот феномен позволяет почти безошибочно выявить наличие ирритации брюшины там, где другие признаки, например симптом Щеткина-Блюмберга, отрицательны или появляются позднее. При поражении забрюшинной клетчатки, в частности пристеночной, перкуссия передне-верхних остей подвздошных костей, дает приглушение или полное притупление тона (за счет спаянности экссудата с костью) в отличие от пельвеоперитонита, дающего ясный тимпанит.

**- аускультация живота** - метод исследования, которым не следует пренебрегать, т.к. это иногда неприятие во внимание его результатов приводит к диагностическим ошибкам.

При помощи выслушивания определяют:

1) перистальтику кишечника — она резко выражена и сопровождается урчанием при полной или частичной непроходимости кишечника и понижена или даже полностью отсутствует при парезе кишечника, чаше всего на фоне воспалений брюшины;

2) шум плеска при наличии жидкости в брюшной полости;

3) шумы, исходящие от плода во второй половине беременности;

4) шум трения париетальной брюшины о поверхность опухоли, имеющей капсулу;

5) тоны сосудов — материнских артериальных, маточных во время беременности или при наличии большой миомы матки.

Данные, полученные каждым из перечисленных методов исследования, необходимо сопоставить между собой, значение каждого из выявленных симптомов должно оцениваться в связи со всеми остальными. Так, например, если в животе определяется плотное подвижное образование и выраженный асцит, то скорее можно думать об опухоли, притом злокачественной, чем о воспалительном инфильтрате.

Б. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

У всех пациенток должны быть проведены **обязательные (физикальные) специальные** методы исследования, включающие:

- осмотр наружных половых органов;

- осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркал;

- двуручное влагалищное исследование;

- прямокишечно-брюшностеночное исследование (при необходимости как дополнение к бимануальному влагалищному или вместо него).

При **осмотре наружных половых органов** описывают степень и характер развития волосяного покрова (по женскому, мужскому или смешанному типу) состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная). Обращаю внимание на зияние половой щели; предложив женщине потужиться определяют нет ли опущения или выпадения стенок влагалища (вместе с мочевым пузырем – cystocele или с прямой кишкой rесtocele) и матки.

Описывают состояние вульвы и входа во влагалище, учитывая при этом:

а) развитие малых и больших половых губ (правильное, пороки развития, инфантилизм),

6) окраску слизистой (бледность, цианоз);

в) наличие патологических процессов (воспаления, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы, варикозное расширение вен);

г) состояние наружного отверстия уретры и выводных протоков, бартолиновых желез;

д) форму девственной плевы или ее остатков;

в) характер секрета.

Осмотр наружных половых органов дает значительную информацию, особенно у женщин с нарушениями менструального цикла и бесплодием. Так, например, наличие гипоплазии малых и больших губ, бледность и сухость слизистой оболочки влагалища служат клиническими проявлениями гипоэстрогении. «Сочность» слизистой оболочки, цианотичность окраски слизистой вульвы, обильная прозрачная секреция являются признаками повышенного уровня эстрогенов. Гипоплазия малых губ, увеличение головки клитора, увеличение расстояния между основанием клитора и наружным отверстием мочеиспускательного канала (более 2 см) в сочетании с гипертрихозом указывают на внутриутробную гиперандрогению и характерно для врожденной вирилизации, которая встречается только при единственной эндокринной патологии - врожденном адреногенитальном синдроме. Подобные изменения строения наружных половых органов при резко выраженной вирилизации (гипертрихоз, огрубение голоса, аменорея, атрофия молочных желез) позволяют исключить диагноз вирилизирующей опухоли (как яичников, так и надпочечников), поскольку опухоль развивается в постнатальном периоде, а адреногенитальный синдром врожденная патология, развивающаяся антенатально - в период формирования наружных половых органов.

**Исследование при помощи зеркал** имеет исключительно большое значение для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки. Своевременное выявление эрозий, полипов, лейкоплакий и других заболеваний, относящихся к фоновым и предраковым состояниям шейки матки, а также рака шейки матки возможно только при помощи зеркал. Поэтому исследованию на зеркалах должна подвергаться каждая женщина, обратившаяся к гинекологу. Для обеспечения полноты Осмотра стенок влагалища и шейки матки наиболее удобны ложкообразные зеркала (Симпсона). Створчатое зеркало (Куско) при введении закрывает стенки влагалища - существует риск пропустить локализующийся на них патологический процесс (данное зеркало вполне применимо для некоторых интравагинальных манипуляций).

В истории болезни отражают:

1) окраску слизистой оболочки влагалища и шейки матки (розовая, цианотичная, гиперемированная);

2) выраженность складчатости влагалища;

3) величину и форму шейки матки (цилиндрическая, коническая, гипертрофированная);

4) форму наружного зева (точечный, щелевидный, звездчатый);

5) наличие патологических процессов стенок влагалища и шейки матки (воспаления, повреждения, изъязвления, полипы, кондиломы, ovulae Nabothi и т.д): при наличии эрозии на шейке матки описывается, где расположена эрозия — на передней или задней губе, размеры, характер поверхности;

6) характер и количество секрета (скудные, обильные, слизистые, гнойные, творожистые, пенистые, тягучие и т.д.), в том числе характер выделений из цервикального канала.

При необходимости осмотр зеркалами завершают взятием мазков-отпечатков для цитологического исследования с шейки матки или поверхностного «соскоба» эндоцервикса специальной щеточкой или шпателем.

Важно чтобы материал для цитологического исследования был взят до мануального исследования (кольпоскопии, зондирований полости матки и т.д.) стерильными и сухими инструментами на сухие и маркированные стекла.

**Влагалищное исследование (per vaginam**) - обычно начинается с одноручного (собственно влагалищного), при котором определяется состояние тазового дна, влагалища и шейки матки, и переходит в **бимануальное** (абдоминально-влагалищное) исследование, характеризующее состояние матки, ее придатков, связочного аппарата, тазовой брюшины и клетчатки, поэтому в истории болезни, как правило, объединяются в одну запись.

Для определения состояния тазового дна указательным и средним пальцами одной руки надавливая на мышцы промежности со стороны влагалища и ощупывая их (гипертрофия или атрофия мышц). Затем указательным и большим пальцами ощупывают место расположения больших вестибулярных (бартолиновых) желез: выявляют наличие кисты, воспаления и т.д. Со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из нее выдавливают выделения для бактериоскопического и бактериологического исследования.

Определяют состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли) и аномалий развития.

Выявляют особенности сводов влагалища: глубина, подвижность, болезненность. При наличии патологии в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке вагинальные своды могут быть уплощены, выпячены, ригидны, болезненны и т.д. При гипоплазии и старческой атрофии своды уплощаются. Детально исследуют влагалищную часть шейки матки:

1) величину и объем с учетом возраста больной (атрофичная, нормально развитая, гипертрофированная);

2) длину, высоту стояния (в норме наружный зев находится на уровне lin. interspinalis), приподнятое расположение (elevatio urteri) или опущение ее (descensus uteri); выход шейки матки за пределы влагалища (prolapsus uteri incompletus), выход наружу не только шейки, но и тела матки (prolapsus uteri completus);

3) консистенцию: обычной плотности, размягчена (при беременности), отечна (при остром воспалении, расстройствах кровообращения в малом тазе), чрезмерно плотна (вследствие фиброзных процессов, хронического воспаления, злокачественного поражения);

4) подвижность: свободна в норме, ограниченная или отсутствует вследствие фиксации инфильтратом на почве воспаления или новообразования;

5) болезненность при прощупывании или экскурсиях: отсутствует (в норме), выражена слабо или сильно (при подостром или остром воспалении самой шейки или окружающих ее органов и тканей, в частности парацервикальной клетчатки);

6) состояние маточного зева: закрыт, открыт, шеечный канал проходим для пальца частично или на всем его протяжении;

7) расположение шейки малки по отношению к оси таза: кзади (наиболее частый вариант), кпереди (к лону), находится по срединной линии, смещена в стороны - обычно то или иное расположение шейки матки связано с положением матки в целом.

**Двуручное (комбинированное, влагалищно-абдоминальное) исследование**. Не выводя пальцев из влагалища, продолжают исследование уже двумя руками — одной через влагалище и другой через переднюю брюшную стенку. Бимануальное исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Прежде всего, исследуют состояние тела матки. Сначала располагают два пальца внутренней руки в переднем своде, т.е. над шейкой, фиксируя последнюю. Ладонной поверхностью пальцев наружной руки через брюшную стенку пытаются прощупать тело матки. Если тело матки не определяется между наружной и внутренней руками, переводят пальцы в задний свод влагалища. При пальпации матки определяют следующие дачные:

1) положение матки: наклонение (versio), перегиб (flexio), смещение по горизонтальной оси (positiо) и вертикальной оси (elevatio, descensus, prolapsus);

2) форма матки: обычная (грушевидная, уплощенная), шарообразная, неправильная (опухоли, аномалии развития и т.д.);

3) величина матки: нормальная, увеличенная (беременность, миома, хронический метрит, аденомиоз и др.), уменьшена (гипоплазия, атрофия);

4) консистенция: обычная, размягченная (беременность, гематометра, пиометра), плотная (миома, аденомиоз), неравномерная (пузырный занос);

5) поверхность: гладкая, неровная {бугристая);

6) подвижность: нормальная, ограниченная или отсутствует (в связи с наличием опухоли, спаек, инфильтратов), чрезмерная (расслабление связочного аппарата);

7) болезненность (воспалительные заболевания, вторичные изменения в узле миомы и др.).

Далее исследуются придатки (маточные трубы и яичники). Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковые стенкам таза. Обычно неизмененные маточные трубы не прощупываются. Яичники могут быть найдены при достаточном опыте (сбоку от матки в виде небольших овоидных образований).

Пальпирующиеся инфильтрированные трубы - признак воспаления. Консистенция трубы плотная при воспалении мышечного её слоя, тугоэластическая - при гидросальпинксе, пастозная - при трубной беременности, *форма* ее может быть ретортообразная при гидросальпинксе, колбасовидная - при пиосальпинксе, четкообразная – при туберкулезе трубы. Определяется *подвижность* трубы: полная подвижность — норма, ограниченная или отсутствующая подвижность трубы — при сальпингите. Маточная труба болезненна при воспалительном процессе, пульсирует при остром воспалении при трубной беременности.

Исследование яичника начинают с определения его *величины*: нормальный яичник равен концевой фаланге большого пальца руки; при опухоли яичника может иметь различные размеры вплоть до гигантских. Определяют *форму* яичника: округлая, миндалевидная, бесформенная (при новообразованиях). Поверхность яичника: в норме гладкая; при новообразованиях бугристая, резко шероховатая поверхность - один из признаков туберкулеза. *Консистенция* яичника: обычная (норма), плотная - при злокачественной опухоли и атрофии, туго- или мягко- эластическая при ретенционных кистах. *Подвижность:* нормальная, ограниченная, отсутствие подвижности (при воспалении окружающей брюшины, внутрисвязочном расположении опухоли). *Болезненность*: в небольшой степени выражена и в норме; повышенная или резкая болезненность - при воспалениях преимущественно окружающей яичник брюшины.

Затем изучают состояние связочного аппарата. Даже неизмененные крутые маточные связки могут прощупываться в виде плотных шнуров. Основные (кардинальные) связки определяются при наличии рубцовых изменений после перенесенного параметрит. Достаточно легко прощупываются крестцово-маточные складки, особенно при наличии инфильтрации и рубцовых изменений. При бимануальном исследовании выявляются патологические процессы в области тазовой брюшины и клетчатки (инфильтраты, рубцы, спайки и др.) Вагинальное исследование обязательно заканчивают взятием мазков для бактериоскопического исследования из уретры, влагалища и цервикального канала (шпателем Эйра, ложечкой Фолькмана).

**Ректальное и ректо-абдоминальное исследование** необходимо в следующих случаях:

-девственниц,

- при наличии атрезии или стеноза влагалища,

- дополнительно к вагинально-абдоминальному исследованию при опухолях половых органов, особенно при раке шейки матки, с целью уточнения распространения их (переход на тазовую клетчатку, стенку кишечника и т.д.),

- при воспалительных заболеваниях для уточнения состояния крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки и т.д.,

- при наличии выделений из прямой кишки (гной, кровь).

При ректальном исследовании определяют состояние слизистой прямой кишки, состояние шейки матки, характеристика матки и придатков, состояние крестцово-маточных связок, параметральной клетчатки, тазовой брюшины.

**Дополнительные специальные методы** (зондирование матки, кульдоцентез и т.д.) проводятся по показаниям для данной больной.

**VI. Предварительный диагноз**

На основании анализа данных, полученных при опросе и объективном исследовании больной, данных амбулаторного исследования выставляется предварительный диагноз основного и *сопутствующих заболеваний.*

Необходима комплексная клиническая оценка всех параметров с учетом типологических особенностей больной, зависящих от типа ее высшей нервной деятельности (сильный, слабый, неуравновешенный и т.д.). Так, при анализе жалоб, заставивших больную обратиться к врачу, следует учитывать возможность несоответствия их истинному состоянию здоровья (возможны как субъективные преувеличения, так и недооценка симптомов заболевания пациенткой, в частности болевых ощущений, патологических выделений из половых путей и других нарушений).

**VII. План обследования**

Разработать план дальнейшего обследования с использованием всего спектра специальных дополнительных методов исследования, включающего лабораторные, функциональные, инструментальные, эндоскопические, рентгено-радиологические методы исследования подробно для данного заболевания в применении конкретно к данной больной.

**VIII. Результаты дополнительного исследования**

Отразить результаты тех методов исследования, которые проводились до начала и в процессе курации — зондирование матки, проба с пулевыми щипцами, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки, биопсия шейки матки, тесты функциональной диагностики, данные базальной температуры, УЗИ органов малого таза, метросальпингография, газовая гинекография, расширенная кольпоскопия, кульдоскопия, гистероскопия, лапароскопия и т. д.

*ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*

Анализы крови (общий, RW, ВИЧ, HBs, НВс, биохимические и др.).

Анализы мочи (общий, пробы Нечипоренко, Зимницкого, бактер. посев).

Бактериоскопическое и бактериологическое исследования выделений из уретры, цервикального канала, влагалища на флору (выявление гонококков, трихомонад, дрожжеподобных грибов, кокков, палочек, хламидий и пр.) и посев этих выделений на чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам; цитологическая картина мазка (реакция І, И, Ш и IV).

Цитологическое исследование на наличие атипических клеток выделений влагалища, цервикального канала, аспирата полости матки, пунктата брюшной полости.

Патогистологическое исследование соскобов слизистой и биоптатов.

Другие исследования (гормоны, цитогенетика и пр.)

*ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАНТОВ* (терапевта, невропатолога, окулиста, хирурга, эндокринолога и др.), а также результаты исследований, проводившихся по рекомендации смежных специалистов (ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография черепа и костей и т.д.)

**IX. Дифференциальный диагноз**

Проводится дифференциальный диагноз с имеющими сходную клиническую картину заболеваниями вначале вообще, а затем по отношению к курируемой больной.

**X. Обоснование клинического диагноза**

Диагноз дается в полной формулировке, с указанием основных и сопутствующих заболеваний. Указывают данные, характерные только для заболевания у данной курируемой больной.

Обоснование диагноза описывается по следующей схеме: на основании жалоб бальной [...], данных анамнеза жизни [.....], анамнеза заболевания [...], общего [.....] и гинекологического исследования [...], данных дополнительных (клинических и лабораторных) [....] методов исследования, на основании проведенного дифференциального диагноза, позволившего исключить (перечислить какие) заболевания, ставится клинический диагноз: [...] (основное заболевание, его осложнения, сопутствующие).

**XI. План лечения**

План медикаментозного лечения с указанием как патогенетической направленности (например, антибактериальная, спазмолитическая, метаболическая терапия), так и конкретных препаратов и дозировок для данной больной.

Если предполагается оперативное лечение, то указывают *показания* к оперативному лечению и *предполагаемый* объем *операции*.

Описать ход операции с указанием полного ее названия, вида анестезиологического пособия (эндотрахеальный наркоз, общий внутривенный наркоз, эпидуральная анестезия), при лапаротомии - вида чревосечения (нижне- или среднесрединное, поперечное по Пфанненштилю, др.), хирургической картины и всех оперативных манипуляций.

Отметить осложнения или затруднения при проведении анестезии и оперативного вмешательства.

Указать общую кровопотерю, продолжительность операции.

**XII. Дневники клинического наблюдения**

Ежедневные подробные записи (от 3 до 5 дней) в истории болезни по принятой в клинике форме с подробным указанием всех назначений — диетических, лекарственных (с дозировками) и др.

В дневниках должна отражаться динамика клинических проявлений положительная или отрицательная: изменение жалоб, объективной симптоматики заболевания. При необходимости приводятся данные повторного гинекологического исследования.

Обязательно должны интерпретироваться результаты проводимых в процессе курирования лабораторных обследований.

Прилагается графическое изображение утренней и вечерней температуры, пульса, АД.

Если в процессе курации возникает необходимость в проведении дополнительного обследования (пункция брюшной полости через задний свод, раздельное выскабливание, УЗИ, гистероскопия, рентгенологические методы и т.д.) описание исследования и его результаты приводятся в дневниках.

**XIII. Этиология, патогенез и прогноз**. **Литературная справка.**

Излагается (с использованием литературы) этиология и патогенез данного заболевания в целом и в отношении к курируемой больной.

Определяется прогноз в отношении: а) жизни, б) трудоспособности, в) деторождаемости. Прогноз по каждому пункту излагается вообще в отношении данного заболевания и конкретно у курируемой больной.

**XIV. Эпикриз**

Эпикриз в виде краткого резюме должен отражать основные моменты истории болезни от начала госпитализации до выписки (конца курации), куда и с какими рекомендациями больная направлена после выписки из стационара.

В выписном эпикризе не следует дублировать пункты истории болезни, но он должен быть достаточно информативным: по прочтении должна складываться полная картина развития заболевания, проведенного исследования, объема и эффективности лечения, прогноза для данной пациентки.

Словом, можно сказать, что эпикриз - это квинтэссенция истории болезни, поскольку отражает интерпретацию всех данных, содержащихся в медицинском документе, и является показателем умения врача клинически мыслить.

**XV. Список литературы, использованной при написании истории болезни**

Указать в алфавитном порядке; отразить автора и название источника, год и место издания, количество страниц (для журнальных и сборниковых статей — страницы в издании).

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Схема клинической истории болезни по гинекологии**

Преподаватель:

Куратор:

Начало и конец курации:

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

I. Паспортная часть

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст.

3. Профессия и место работы.

4. Место жительства.

5. Семейное положение

6. Дата и время поступления.

7. Кем направлена на госпитализацию.

II. Жалобы

1. Гинекологические: а) основные и б) сопутствующие

2. Жалобы общего характера

III. Анамнез жизни (anamnesis vitae)

1. Общий анамнез:

1) общее развитие с детства, условия быта;

2) наследственность;

3) перенесенные общие заболевания;

4) аллергический анамнез;

5) имевшиеся в прошлом гемотрансфузии;

6) проводившаяся в прошлом гормонотерапия.

2. Гинекологический анамнез:

1) функции женской половой сферы (менструальная, половая, репродуктивная, секреторная, функция соседних органов);

2) перенесенные гинекологические заболевания.

IV. История развития данного заболевания (anamnesis morbi):

V. Объективное исследование (status praesens objectivus).

А. Общее исследование:

- общий осмотр;

- обследование по органам и системам;

- status localis.

Б. Гинекологическое исследование

1) обязательные методы исследования;

- осмотр наружных половых органов;

- исследование при помощи зеркал;

- влагалищное исследование;

- прямокишечно-брюшностеночное исследование (как дополнение к бимануальному влагалищному или вместо него).

2) дополнительные методы исследования (при необходимости их проведения для данной больной):

- зондирование полости матки;

- кульдоцентез;

- биопсия шейки матки;

- раздельная аспирационная биопсия;

- раздельное выскабливание эндоцервикса и эндометрия и др.

VI. Предварительный диагноз.

VII. План обследования.

VIII. Результаты дополнительного исследования.

IX. Дифференциальный диагноз.

X. Обоснование клинического диагноза.

XI. План лечения.

XII. Дневники клинического наблюдения.

XIII. Этиология, патогенез и прогноз.

XIV. Эпикриз.

XV. Список литературы, использованной при курировании больной и для написания истории болезни.

Подпись куратора.

Министерство НАУКИ и ВыСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ государственное учреждение

высшего образования

«КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙГОСУДАРСТВЕННЫЙ

уНИВЕРСИТЕТ им. Х.М. Бербекова»

**Медицинский факультет**

**Кафедра детских болезней,**

**акушерства и гинекологии**

**Зав. кафедрой д.м.н., профессор**

**Жетишев Р.А.**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №**

Ф.И.О. Пациента, год рождения

Диагноз: Основной.

Осложнения.

Сопутствующая патология

Преподаватель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цикл гинекологии с \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20… г.

История родов сдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_