

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>	<p>044-34/16 1 стр. из 27</p>

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Гинекология»

Код дисциплины: Gin4305-2

Название ОП: «Общая Медицина»

Объем учебных часов / кредитов: 120/(4)

Курс и семестр изучения: 4/8

Объем лекций: 1 час (50 минут)

Шымкент, 2025.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 2 стр. из 27</p>

Лекционный комплекс разработан в соответствии с МУП по ОП «Общая медицина» и обсужден на заседании кафедры акушерства и гинекологии

Протокол

№ 13 25.06. 2025 г.

И.о. зав.каф. акушерства и гинекологии и.о. доцента
Тлеужан Р.Т.

R. Tleuzhan

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 3 стр. из 27</p>

Лекция №1

1.Тема: Методы обследования гинекологических больных

2.Цель: Формирование знаний и умений по методам обследования гинекологических больных

3.Тезисы лекций:

- 1.Анамнез заболевания
- 2.Осмотр больных
- 3.Методы гормонального исследования
- 4.Эндоскопические методы
- 5.Ультразвуковое исследование
- 6.Рентгенологические методы исследования
- 7.Радионуклидные исследования
- 8.Цитологическое исследование
- 9.Цитогенетические исследования

Современные методы объективного обследования больных, позволяющие получить разностороннюю информацию, не снижают высокой ценности анамнестических данных. Более того, тщательное ознакомление с анамнезом, анализ и обобщение имеющихся данных являются основой для установления предварительного диагноза, который нередко подтверждается результатами последующих объективных методов обследования.

При анализе жалоб, заставивших больную обратиться к врачу, следует учитывать возможность несоответствия их истинному состоянию здоровья. Кроме основной жалобы, выделяют и сопутствующие, о которых женщины сообщают после дополнительных наводящих вопросов. Важные сведения может получить врач, выясняя образ жизни, питания, вредные привычки пациентки, характер работы и условия быта.

При осмотре женщин обращают внимание на длину и массу тела, телосложение, развитие жировой ткани и особенности ее распределения. Необходимо обращать внимание на характер оволосения, особенно избыточного, время его появления, состояние кожи; следует отметить наличие полос растяжения на коже, их цвет, количество и расположение, время их появления, особенно у нерожавших женщин.

Осмотр и пальпация молочных желез гинекологом является такой же необходимостью, как осмотр шейки матки в зеркалах при гинекологическом исследовании. Необходимо обращать внимание на строение молочных желез, их размеры.

Осмотр наружных и внутренних половых органов дает значительную информацию, особенно у женщин с нарушениями менструального цикла и бесплодием.

Для определения функционального состояния репродуктивной системы используются тесты функциональной диагностики. Подсчет кариопикнотического индекса эпителия влагалища, феномен «зрачка», измерение натяжения шеечной слизи, измерение базальной

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 4 стр. из 27</p>

температуры прочно вошли в практику. Весьма точным методом оценки функции яичников является гистологическое исследование соскоба эндометрия.

В последние годы достигнуты большие успехи в разработке и совершенствовании методов определения белковых и стероидных гормонов.

Широкое применение в гинекологической практике нашли эндоскопические методы. Кольпоскопия позволяет производить детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы. Для выявления внутриматочной патологии используется гистероскопия, которая бывает газовая и жидкостная.

С 70-х годов в гинекологическую практику стала внедряться лапароскопия, с помощью которого можно дифференцировать воспалительные процессы в придатках, аппендиксе, уточнить причину острого живота, произвести перевязку маточных труб.

Ультразвуковое исследование относится к неинвазивным инструментальным методам и может быть выполнено практически у любой больной независимо от ее состояния. В гинекологической практике УЗИ используется для диагностики заболеваний и опухолей матки придатков, выявления аномалий развития матки. Безопасность метода сделала его одним из основных в контроле за состоянием развивающегося плода.

Рентгенологические методы исследования остаются широко распространенными методами исследования. Для установления проходимости маточных труб, выявления анатомических изменений в полости малого таза, спаечного процесса в области малого таза используется гистеросальпингография. В гинекологической практике, в диагностике нейроэндокринных заболеваний, широко используется рентгенографическое исследование черепа. Компьютерная томография дает возможность дифференцировать изображение отдельных тканей и органов между собой по коэффициенту плотности даже в случаях, когда плотность тканей отличается друг от друга на 1%. Для диагностики гиперпластических процессов эндометрия проводится радионуклидное исследование, которое дает ориентировочное представление о степени пролиферации клеточных элементов эндометрия и места локализации патологического процесса при его очаговом характере.

При динамическом наблюдении эффективности гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия используется цитологическое исследование аспирата из полости матки. Метод может быть использован как скрининговый в условиях подготовки ко всеобщей диспансеризации женского населения.

Цитогенетическое исследование проводят цитогенетики. Определение полового хроматина играет важную роль в диагностике врожденных дефектов половых желез; оно может выполнено в современной лаборатории. Определение кариотипа является непременным условием обследования больных с дисгенезией гонад.

4. Иллюстративный материал: презентация, слайды

5. Литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М., 2011

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 5 стр. из 27</p>

3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Методы обследования гинекологических больных
- Анамнез заболевания
- Менструальная, репродуктивная функции
- Специальные методы гинекологического исследования

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 6 стр. из 27</p>

Лекция №2

1.Тема: Маточные кровотечения репродуктивного возраста. Маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. Кровянистые выделения в постменопаузе.

2.Цель: Формирование знаний и умений по маточным кровотечениям репродуктивного возраста, маточным кровотечениям в перименопаузальном периоде, кровянистым выделениям в постменопаузе.

3.Тезисы лекций:

1. Маточные кровотечения репродуктивного возраста
2. Маточные кровотечения в перименопаузальном периоде
3. Кровянистые выделения в постменопаузе

Дисфункциональными маточными кровотечениями в репродуктивном возрасте, как и в пубертатном, называются ациклические маточные кровотечения после периода задержки менструации от 1,5 до 6 месяцев. В репродуктивном возрасте ДМК встречаются реже, чем в пубертатном, поскольку репродуктивная система завершила развитие и циклическая функция всех ее отделов сформировалась и укрепилась. Причиной нарушения циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, конечным результатом которой является ановуляция могут явиться нарушения гормонального гомеостаза болезни эндокринных желез, нейроэндокринные заболевания, эмоциональные и психические стрессы, инфекции, интоксикации, прием лекарственных препаратов.

У женщин в возрасте 45-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией и занимают первое место среди причин госпитализации. Маточные кровотечения в перименопаузальном возрасте по установившейся традиции называют климактерическими. Этот термин подчеркивает их связь с возрастными изменениями репродуктивной системы. Если ювенильные маточные кровотечения являются следствием неустановившейся циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, то климактерические – следствием инволюционных ее нарушений. В постменопаузальном периоде жизни женщины кровянистые выделения из половых путей следует рассматривать как грозный симптом злокачественного новообразования, поэтому необходимо немедленное и тщательное обследование больной. Наиболее частой причиной являются кровотечения из эрозированных раковой опухолью сосудов шейки или тела матки. Значительно реже кровотечения могут быть следствием гормонально-активных опухолей яичников – гранулезоклеточных или гранулезо-текаклеточных.

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды

<p style="text-align: center;">O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p style="text-align: center;">SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p style="text-align: center;">Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p style="text-align: center;">044-34/16 7 стр. из 27</p>

5. Литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Байсова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6. Контрольные вопросы:

- Дисфункциональные маточные кровотечения
- Классификация дисфункциональных маточных кровотечений
- Маточные кровотечения репродуктивного возраста
- Маточные кровотечения в перименопаузальном периоде
- Кровянистые выделения в постменопаузе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»		044-34/16 8 стр. из 27

Лекция №3

1.Тема: Нейрообменно-эндокринные синдромы. Послеродовое ожирение. Послеродовой гипопитуитаризм.

2.Цель: Формирование знаний и умений по нейрообменно-эндокринным синдромам, послеродовому ожирению, послеродовому гипопитуитаризму.

3.Тезисы лекций:

- 1.Нейрообменно-эндокринные синдромы
- 2.Послеродовое ожирение
- 3.Послеродовой гипопитуитаризм

Нейрообменно-эндокринные синдромы являются частой причиной эндокринного бесплодия и нарушений менструального цикла. У 4-5% женщин после прерванной беременности и родов возникает ожирение с нарушением репродуктивной функции. Нарушения репродуктивной и менструальной функции в сочетании с вегетативно-обменными нарушениями, ведущим среди которых является прогрессирующее нарастание массы тела, развиваются в течение 3-12 мес после родов или прервавшейся беременности. Основными клиническими симптомами послеродового нейрообменно-эндокринного синдрома являются ожирение, ановуляторная гипофункция яичников, умеренный гипертрихоз, тенденция к гипертензии, гипергликемия.

Женщины с ПНЭС имеют характерный семейный анамнез: ожирение, сахарный диабет, диабетозидные состояния, гипертензия. Характерно, что такие женщины часто болели инфекционными заболеваниями в пубертатном и постпубертатном возрасте. Основным анамнестическим признаком ПНЭС является быстрая прибавка массы тела после прервавшейся беременности или родов. Беременность и роды, как правило, протекают с явлениями токсикоза и других осложнений, и являются точкой отсчета для развития ожирения, нарушений цикла, бесплодия и гипертрихоза.

Послеродовой гипопитуитаризм или Синдром Шиена развивается вследствие некротических изменений в гипофизе, возникающих на фоне спазма или внутрисосудистого свертывания крови в сосудах передней доли гипофиза после кровотечений или бактериального шока при родах или при абортках. Предрасполагающими моментами для развития синдрома Шиена являются повторные частые роды (с интервалом до 2 лет).Выраженность клинического течения заболевания зависит от степени вовлечения гипоталамических структур.

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды

5.Литература

Основная:

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 9 стр. из 27</p>

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кенесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Нейрообменно-эндокринные синдромы
- Послеродовое ожирение
- Послеродовой гипопитуитаризм

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»		044-34/16 10 стр. из 27

Лекция №4

1.Тема:Воспалительные заболевания женских половых органов. Классификация, этиопатогенез.

2.Цель: Формирование знаний и умений по воспалительным заболеваниям женских половых органов, классификации, этиопатогенезу.

3.Тезисы лекций:

- 1.Воспалительные заболевания женских половых органов
2. Классификация, этиопатогенез

Интерес к проблеме воспалительных заболеваний половых органов связан с их частотой, возможностью передачи инфекции плоду, а также «омоложением» воспалительных заболеваний половых органов. Больные ВЗПО составляют 60-65% гинекологических больных, обратившихся в поликлинику, и 30% среди направляемых на лечение в стационар. ВЗПО нередко протекают в стертой форме, и больные не всегда обращаются к врачу или заболевания недостаточно точно распознаются. Рост ВЗПО женщин является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи, проституции. Воспалительный процесс является наиболее частым осложнением искусственного аборта. Важное место среди причин воспалительных осложнений занимает послеродовая инфекция. Важную роль в возникновении ВЗПО играет так называемая нормальная микрофлора половых путей. На микрофлору влагалища оказывают определенное влияние эндогенные факторы. Под влиянием эстрогенов повышается образование гликогена и муцина, усиливается васкуляризация влагалищной стенки, что стимулирует вирулентные свойства патогенных микробов. Экзогенными факторами, влияющими на микрофлору влагалища, являются химические, термические воздействия при спринцевании или обработке стенок влагалища с контрацептивной целью.

Классификация:

По этиологическому фактору: Специфическое и неспецифическое
 По характеру течения: острое, хроническое и подострое
 По локализации: ВЗ нижнего отдела и ВЗ верхнего отдела

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды

5.Литература

Основная:

1. Гинекология: учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология: учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 11 стр. из 27</p>

3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Воспалительные заболевания женских половых органов
- Классификация, этиопатогенез

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 12 стр. из 27</p>

Лекция №5

1.Тема: «Острый живот» в гинекологии. Этиопатогенез, клиника.

2.Цель: Формирование знаний и умений по «Острому животу» в гинекологии, этиопатогенезу, клинике.

3.Тезисы лекций:

1. «Острый живот» в гинекологии
2. Этиопатогенез, клиника

Собирательным термином «острый живот» обозначают остро возникающие патологические процессы в брюшной полости различной этиологии и клинического течения. Несмотря на различные причины, симптоматика «острого живота» в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (пациентки нередко могут назвать даже час начала заболевания). Боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок; тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала (у детей чаще наблюдается диарея); симптомы раздражения брюшины.

Причины «острого живота» в гинекологии условно можно разделить на 3 группы:

- острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины.

Все заболевания с картиной «острого живота» требуют немедленной госпитализации больных, правильной и своевременной диагностики и оказания неотложной помощи.

В этиологии внематочной беременности первостепенная роль отводится воспалительным процессам в придатках матки, следствием которых становятся структурно-функциональные нарушения в маточных трубах. Частота воспалительного фактора при внематочной беременности колеблется от 14 до 92,5%. Наиболее типичный исход трубной беременности - ее нарушение обычно на 4-6-й или 7-8-й неделе. Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы, вызывают ее разрушение и расплавление, образуя слой фибринозного некроза, что способствует истончению и растяжению стенки с последующим вскрытием стенок кровеносных сосудов и деструкцией нервных волокон.

Наиболее частое нарушение трубной беременности - трубный аборт(51%), прерывание беременности по типу разрыва маточной трубыотмечается в 31% случаев. Достаточно редким исходом трубной беременности любой локализации является ранняя гибель и резорбция зародыша с образованием гемато- или гидросальпинкса. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем может подвергнуться обызвествлению и мумификации. Кровотечение из трубы, возникающее при этом, крайне редко может остановиться самостоятельно.

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 13 стр. из 27</p>

Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта имеет различную клиническую картину: у некоторых больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, а у других симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание довольно трудно. Пациентки не всегда отмечают задержку менструации, боли и кровяные выделения из половых путей. Субъективные признаки беременности также могут отсутствовать, а нагрубание молочных желез и выделения из сосков могут быть обусловлены другими патологическими состояниями. Такая беременность протекает большей частью бессимптомно.

Разрыв маточной трубы, как правило, возникает остро, с выраженной клинической картиной, обусловленной острым кровотечением в брюшную полость: резкая анемизация и снижение артериального давления, головокружение, обморок, перитонеальный шок, болевой приступ, вызванный как разрывом трубы, так и раздражением брюшины кровью (боли, иррадиирующие в подреберье, межлопаточную область, ключицу - «френикус-симптом»). У 11% пациенток при разрыве маточной трубы отмечаются массивная кровопотеря и геморрагический шок.

Прогрессирующая трубная беременность распознается на ранней стадии крайне редко, ее клиническая симптоматика скудна, так как в организме происходят изменения, свойственные маточной беременности ранних сроков. Есть предположительные (тошнота, рвота, изменения обонятельных ощущений, сонливость, слабость) или вероятные (нагрубание молочных желез, цианотичность слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки, незначительное увеличение матки и смягчение ее консистенции, положительные тесты на гормоны трофобласта) признаки. Задержка менструации может отсутствовать, менструация может наступить в срок, но проявляется необычно (в виде скудных кровяных выделений).

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) определяется как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов графова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20-35 лет. Однако известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек. Частота апоплексии яичника среди гинекологической патологии составляет 1-3 %. Рецидив заболевания достигает 42-69%.

Апоплексия имеет сложный патогенез, обусловленный физиологическими циклическими изменениями кровенаполнения органов малого таза. Большинство исследователей выделяют «критические моменты» для повреждения яичника. Так, у 90-94% больных апоплексия яичника происходит в середину и во вторую фазу менструального цикла. Это связано с особенностями яичниковой ткани, в частности с повышенной проницаемостью сосудов и увеличением их кровенаполнения в период овуляции и перед менструацией. Апоплексия правого яичника встречается в 2-4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровообращением правого яичника, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая - от почечной артерии.

К разрыву яичника предрасполагают воспалительные процессы органов малого таза, приводящие к склеротическим изменениям как в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), так и в его сосудах (склероз, гиалиноз), а также застойная гиперемия и варикозное расширение овариальных вен. Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов, приводящие к нарушению свертывающей системы крови. Указанные условия создают фон для экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к апоплексии яичника. Среди

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 14 стр. из 27</p>

экзогенных причин выделяют травму живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховую езду, спринцевание, влагалищное исследование и т.д. Эндогенными причинами могут быть неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т.д. У ряда больных разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна. Ведущую роль в патогенезе апоплексии яичника в настоящее время отводят нарушениям гормонального статуса. Одной из основных причин разрыва яичника считают чрезмерное увеличение количества и изменения соотношения гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактина), которое способствует гиперемии овариальной ткани. Важная роль в возникновении апоплексии яичника принадлежит дисфункции высших отделов нервной системы, регистрируемой при ЭЭГ и РЭГ. В результате стрессовых ситуаций, психоэмоциональной лабильности, воздействия экологических факторов, условий жизни.

Основным клиническим симптомом апоплексии яичника является внезапная боль в нижних отделах живота. Боль связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием на брюшину излившейся крови, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии. Слабость, головокружение, тошнота, рвота, обморочное состояние связаны с внутрибрюшной кровопотерей.

Болевая форма апоплексии яичника наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела без кровотечения в брюшную полость. Заболевание манифестирует приступом болей внизу живота без иррадиации, иногда с тошнотой и рвотой. Признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

Клиническая картина болевой и легкой геморрагической формы апоплексии яичника сходна.

При осмотре кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс и артериальное давление в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, хотя возможно незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах. Пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальных симптомов нет. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен. Своды влагалища глубокие, свободные. УЗИ органов малого таза почти никогда не позволяет визуализировать непосредственно разрыв яичника, но можно обнаружить скопление жидкости в позадиматочном (дугласовом) пространстве. При болевой форме апоплексии яичника есть незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве, она гипозохогенная с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови). В клиническом анализе крови выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

В клинической картине средней и тяжелой *геморрагической (анемической) формы* апоплексии яичника основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением. Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.). Боль в нижних отделах живота часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы, сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками. Выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери.

Перекрыт ножки опухолей придатков матки

В 15-25% наблюдений встречается перекрыт ножки опухоли яичника, но возможен перекрыт ножки любой опухоли (например, субсерозного узла), маточной трубы,

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 15 стр. из 27</p>

неизмененного яичника и даже всей матки или ее придатков. Перекруту подвержены подвижные зрелые тератомы, а также параовариальные кисты, плотные фибромы яичника. Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли (кисты) яичника состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и его брыжейки. В ножке проходят сосуды, питающие опухоль и ткань яичника (яичниковая артерия, ветвь восходящей части маточной артерии), лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую ножку, образующуюся в результате перекрута, помимо анатомической, входит растянутая маточная труба.

Причины перекрута ножки опухолей не всегда ясны. Считают, что для возникновения перекрута имеют значение внезапная остановка вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, танцы), физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления. В этих случаях вращение опухоли вокруг ножки продолжается по инерции, что и приводит к перекруту. Перекруту ножки способствуют асимметричная форма, неравномерная плотность опухоли. В момент перекрута перегибаются питающие яичник ветви маточной артерии и яичниковая артерия вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступают некроз и асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину малого таза. Перекрут может быть полным (более чем на 360°) и частичным (менее чем на 360°). При частичном перекруте ножки опухоли нарушается прежде всего венозный отток при относительно сохраненном артериальном кровоснабжении. Все явления не очень выражены и могут исчезнуть даже без лечения. Вторичные изменения в опухоли (некроз, кровоизлияния) выявляются у таких больных во время операции.

Клиника. Клиническая картина заболевания определяется нарушением питания опухоли. При быстром перекруте ножки опухоли клиника настолько характерна, что сразу позволяет установить правильный диагноз. Заболевание начинается внезапно с появления резкой боли внизу живота на стороне поражения, тошноты, рвоты, задержки стула и газов (парез кишечника). При медленном перекруте симптомы заболевания выражены менее резко, могут периодически усиливаться или исчезать.

Некроз миоматозного узла

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль внутренних половых органов. Некроз миоматозных узлов наступает примерно у 7% больных миомой матки, нередко во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде.

Некроз миоматозного узла может быть связан либо с перекрутом его ножки при субсерозной локализации, либо с недостаточной васкуляризацией. Во время беременности создаются предпосылки для некроза миоматозных узлов: снижение кровотока в миометрии с повышением сосудистого тонуса и нарушением венозного оттока. Следует учитывать также и быстрое увеличение миоматозных узлов параллельно с ростом беременной матки. Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

При перекруте ножки миоматозного узла заболевание развивается остро - возникают схваткообразные боли внизу живота, тошнота, рвота, озноб, сухость во рту, нарушается функция кишечника. При недостаточном кровоснабжении (нарушении питания) миоматозного узла клиническая картина более смазанная, симптомы появляются постепенно. Пациентку беспокоят тянущие боли внизу живота и пояснице, они периодически усиливаются, ослабевают или исчезают. В момент приступа болей также

<p style="text-align: center;">O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	<p style="text-align: center;">  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;">Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>	<p style="text-align: center;">044-34/16 16 стр. из 27</p>

могут быть тошнота, озноб, повышение температуры, обычно до субфебрильных значений, тахикардия.

4.Иллюстративный материал: слайды

5.Литература

Основная:

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- «Острый живот» в гинекологии
- Этиопатогенез, клиника

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»		044-34/16 17 стр. из 27

Лекция №6

1.Тема: Эндометриоз. Этиопатогенез, классификация.

2.Цель: Формирование знаний и умений по эндометриозу, этиопатогенезу, классификации.

3.Тезисы лекций:

1. Эндометриоз
2. Этиопатогенез, классификация

Эндометриоз (эндометриозидная болезнь) - дисгормональное, иммунозависимое и генетически обусловленное заболевание с доброкачественным разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами полости матки. Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20-40 лет, его частота, его выявляемость колеблется от 7 до 50%. Эндометриоз встречается у 6-44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию. Основную часть составляет генитальный эндометриоз (92-94%), значительно реже встречается экстрагенитальный эндометриоз (6-8%). Однако независимо от локализации эндометриоз является не местным, а общим заболеванием с определенными нейроэндокринными нарушениями.

Существуют три концепции биологической сущности эндометриоза. Одни авторы считают его истинным новообразованием, другие - пограничным заболеванием между гиперплазией и опухолью, третьи - опухолевидным дисгормональным пролифератом, способным к малигнизации. Эндометриоз может врастать в любую ткань или орган: стенку кишки, мочевого пузыря, мочеточника, брюшину, кожу, может метастазировать лимфогенным или гематогенным путем. Его очаги обнаруживают в лимфатических узлах или таких отдаленных участках тела, как лицо, глаза, подкожная клетчатка передней брюшной стенки и т.д. Этиология не установлена и остается предметом споров. Предложены многочисленные гипотезы эндометриоза, но ни одна из них не стала окончательно доказанной и общепринятой.

Эндометриальное происхождение эндометриоза. Эта теория рассматривает возможность развития эндометриозидных гетеротопий из элементов эндометрия, смещенных в толщу стенки матки или перенесенных ретроградно с менструальными выделениями в брюшную полость и распространившихся на различные органы и ткани. Доказано, что внутриматочные медицинские манипуляции (аборты, диагностические выскабливания слизистой матки, ручное обследование полости матки после родов, кесарево сечение, энуклеация миоматозных узлов и др.) способствуют непосредственному прорастанию эндометрия в стенку матки, приводя к развитию внутреннего эндометриоза тела матки.

<p style="text-align: center;">O'NTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	<p style="text-align: center;">  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;">Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>	<p style="text-align: center;">044-34/16 18 стр. из 27</p>

Помимо непосредственного врастания эндометрия в толщу миометрия, в момент гинекологических операций элементы слизистой оболочки матки могут попасть в ток крови и лимфы и распространиться в другие органы и ткани. Эмбриональные и дизонтогенетические теории рассматривают развитие эндометриоза из смещенных участков зародышевого материала, из которых в процессе эмбриогенеза формируются женские половые органы и, в частности, эндометрий. Обнаружение клинически активного эндометриоза в молодом возрасте и частое сочетание эндометриоза с аномалиями гениталий, органов мочевой системы и желудочно-кишечного тракта подтверждают справедливость эмбриональной или дизонтогенетической концепции происхождения эндометриоза.

Метапластическая концепция. Согласно этой гипотезе эндометриоз развивается в результате метаплазии эмбриональной брюшины или целомического эпителия. Допускается возможность превращения в эндометриоподобную ткань эндотелия лимфатических сосудов, мезотелия брюшины и плевры, эпителия канальцев почек и других тканей. Такие превращения могут быть потенцированы гормональными нарушениями, хроническим воспалением или механической травмой. Метапластическая теория может объяснить случаи эндометриоза у мужчин, обнаружение экстрагенитальных очагов эндометриоза, а также возникновение эндометриоза у девочек до менархе.

Из многочисленных факторов, которые способствуют развитию и распространению эндометриоза, следует выделить гормональные нарушения и дисфункцию иммунной системы. Изменения в нейроэндокринном звене репродуктивной системы у больных эндометриозом позволяют считать это заболевание гормонозависимым. Эндометриоз редко встречается до менархе и редко возникает после менопаузы. Эндометриоз стабилизируется или регрессирует во время физиологической беременности или искусственной гормональной аменореи.

Гормоны оказывают существенное действие на эндометриодные имплантанты, так как гетеротопический эндометрий, так же как и нормальный, содержит эстрогенные, андрогенные и прогестероновые рецепторы. Эстрогены стимулируют рост эндометрия, их избыток приводит к гиперплазии эндометрия. Экскреция эстрогенов у больных эндометриозом не имеет классической цикличности, она беспорядочная и формирует гиперэстрогенный фон. При изучении экскреции эстрадиола, эстрона и эстриола был установлен высокий уровень эстрона. Эстрон, являясь слабым эстрогеном у больных эндометриозом, преобразуется при повышенной ферментативной активности 17- β -гидроксистероиддегидрогеназы в мощный эстроген, а именно в 17- β -эстрадиол. Андрогены приводят к атрофии эндометрия. Прогестерон поддерживает рост и секреторные изменения эндометрия, экзогенно вводимые аналоги прогестерона приводят к развитию децидуальной реакции в эндометриальных тканях при адекватной концентрации эстрогенов. У 25-40% больных эндометриозом имеется нормальный двухфазный менструальный цикл. У этих больных нарушен механизм цитоплазматического связывания прогестерона, что приводит к извращению биологического действия гормонов. У больных с классическими проявлениями тяжелого заболевания уровень прогестерон-связывающих рецепторов в очагах эндометриоза в 9 раз ниже, чем в норме.

Важная роль в патогенезе эндометриоза принадлежит аутоиммунным реакциям. При нарушениях гормонального статуса дисфункция иммунной системы выражается в Т-клеточном иммунодефиците, угнетении функции Т-супрессоров, активизации гиперчувствительности замедленного типа.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 19 стр. из 27</p>

Классификация эндометриoidных поражений. Выделяют генитальный (локализация патологического процесса во внутренних и наружных половых органах) и экстрагенитальный (развитие эндометриoidных имплантатов в других органах и системах организма женщины) эндометриоз. В свою очередь генитальный эндометриоз подразделяют на внутренний (тело матки, перешеек, интерстициальные отделы маточных труб) и наружный (наружные половые органы, влагалище и влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина, выстилающая органы малого таза).

Классификация аденомиоза

I стадия — поражение слизистой оболочки до миометрия.

II стадия - поражение до середины толщины миометрия.

III стадия - поражение эндометрия до серозного покрова.

IV стадия — поражение париетальной брюшины.

4.Иллюстративный материал: слайды

5.Литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 20 стр. из 27</p>

12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Эндометриоз
- Этиопатогенез, классификация

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 21 стр. из 27</p>

Лекция №7

1.Тема: Нарушения полового развития

2.Цель: Формирование знаний и умений по нарушениям полового развития

3.Тезисы лекций:

1. Нарушения полового развития
2. Классификация
3. Клиника

Нарушения полового созревания у девочек составляют 3-4%. Существенную роль в развитии заболевания играет наследственная предрасположенность, а также неблагоприятные факторы (радиация, гипоксия, вирусные инфекции, некоторые лекарственные препараты). Аномалии половой системы чаще встречаются у детей, рожденных от больных алкоголизмом, наркоманией, эндокринными заболеваниями, а также от пожилых родителей.

Половое развитие - это генетически запрограммированный процесс, который начинается в возрасте 7-8 лет и заканчивается к 17-18 годам. Появление вторичных половых признаков и менструальноподобных выделений до 7 лет следует расценивать как преждевременное половое развитие (ППР). Недоразвитие или отсутствие вторичных половых признаков до 15-16 лет относится к задержке полового развития.

Преждевременное половое развитие может быть изосексуальным, т.е. по женскому типу, и гетеросексуальным - по мужскому типу.

ППР изосексуального типа имеет церебральную (истинное ППР) (может быть полным и неполным), иметь конституциональную и яичниковую формы (ложное ППР).

Церебральную форму считают истинным ППР потому, что в патологический процесс вовлечены гипотрофические зоны гипоталамуса, где преждевременная секреция РГЛГ приводит к выработке гонадотропинов в гипофизе, что, в свою очередь, стимулирует секрецию эстрогенов в яичниках.

Истинное ППР у девочек бывает функциональным или органическим. Причинами органических поражений являются гипотрофия плода, асфиксия и родовая травма, менингиты, энцефалиты и другие нейроинфекции. Реже наблюдаются опухоли головного мозга -ганглионевромы, гамартомы, астроцитомы.

К истинному ППР относится редкий синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева, включающий в себя не только ППР, но и фиброзную дисплазию трубчатых костей в сочетании с асимметричной пигментацией кожных покровов. Причины патологии костей не совсем ясны.

Конституциональная форма ППР носит наследственный, семейный характер.

Яичниковая форма ППР чаще наблюдается при гормонпродуцирующих опухолях яичников: гранулезоклеточной, текаклеточной опухолях, тератобластоме с элементами

<p style="text-align: center;"> <small>QAZAQSTAN</small> <small>REPUBLIC OF</small> ONȚUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;"> <small>SOUTH KAZAKHSTAN</small> MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;"> Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология» </p>		<p style="text-align: center;"> 044-34/16 22 стр. из 27 </p>

гормонально-активной ткани. Причиной ППР яичникового генеза могут быть также фолликулярные кисты, как правило, небольшие (3—4 см). Гипоталамо-гипофизарные структуры при этом остаются незрелыми. Секретция эстрогенов опухолью автономная.

Клиника. Церебральное ППР проявляется в виде неполной (телархе и/или адренархе) и полной формы. Неполную форму ППР считают растянутой первой фазой полового созревания. Возраст менархе у таких девочек 10—11 лет. При полной форме есть вторичные половые признаки и менструации. Развитие вторичных половых признаков при полной форме истинного ППР существенно опережает таковое при своевременном половом созревании, хотя последовательность их появления не нарушена. Костный возраст значительно опережает паспортный, рост не превышает 150—152 см.

При синдроме Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева ППР может проявляться в виде как неполной, так и полной формы. У девочек с неполной формой физическое развитие ускорено. Темпы роста трубчатых костей и скорость окостенения их эпифизов совпадают, поэтому по телосложению и росту они не отличаются от здоровых. При полной форме половое развитие существенно ускорено.

Конституциональная форма ППР не сопровождается какой-либо церебральной или неврологической патологией. Последовательность появления вторичных половых признаков не нарушена, а длительность полового созревания аналогична физиологическому. Имеет значение только возраст появления менархе (8-9 лет).

При ППР яичникового генеза, обусловленном гормонопродуцирующей опухолью, неврологическая симптоматика отсутствует, вторичные половые признаки развиты незначительно. Последовательность появления признаков полового созревания извращена: первыми появляются ациклические менструальноподобные выделения. Соматическое развитие не ускорено. Клинические проявления ППР при фолликулярных кистах заключаются в скудных сукровичных выделениях из половых путей и незначительном увеличении молочных желез. При фолликулярных кистах симптомы ППР транзиторные и претерпевают обратное развитие по мере регресса фолликулярной кисты.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература:

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М., 2011
3. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие/ Под ред. В. Е. Радзинского 3-е изд. Перераб. и доп. 2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб. пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб. для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Э. Т. Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Э. Т. Раисова; ҚазМУ Ғылым Кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 23 стр. из 27</p>

Электронные источники:

9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017

10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017

11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с

Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Нарушения полового развития
- Классификация
- Клиника

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»		044-34/16 24 стр. из 27

Лекция №8

1.Тема: Гиперпластические и дистрофические процессы половых органов. Заболевания тела матки.

2.Цель: Формирование знаний и умений по гиперпластическим и дистрофическим процессам половых органов, заболеваниям тела матки.

3.Тезисы лекций:

1. Гиперпластические процессы половых органов
2. Дистрофические процессы половых органов
3. Заболевания тела матки

Гиперпластические процессы в эндометрии имеют неодинаковую степень развития и иногда приобретают характер предракового заболевания.

Классификация:

- 1) железистая гиперплазия эндометрия
- 2) железисто-кистозная гиперплазия
- 3) атипическая гиперплазия эндометрия
- 4) полипы эндометрия

Железистая и железисто-кистозная гиперплазия – по существу качественно однозначный процесс, выраженный в неодинаковой степени. Различие состоит в наличии кистознорасширенных желез при железисто-кистозной форме патологии и отсутствии кист при простой железистой гиперплазии. Редким вариантом железисто-кистозной гиперплазии является стромальная гиперплазия, для которой характерны крупные, иногда полиморфные ядра клеток стромы. При базальной форме гиперплазии происходит утолщение базального слоя слизистой оболочки за счет пролиферации желез, расположенных в компактном слое эндометрия. Атипическая гиперплазия характеризуется структурной перестройкой и более интенсивной пролиферацией желез по сравнению с другими видами гиперплазии. Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия; часто они возникают из гиперплазированного базального слоя эндометрия. Выделяют следующие формы полипов эндометрия: 1) железистые, происходящие из базального слоя; 2) железисто-фиброзные полипы, состоящие из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез; 3) фиброзные полипы – соединительнотканное образование, которые нередко коллагенизированы; желез очень мало или они отсутствуют. У женщин репродуктивного возраста полипы обычно имеют железистое строение.

Дисплазия – морфологический термин, под которым подразумеваются изменения эпителия шейки матки и влагалища различного генеза и биологической потенции. Основу дисплазии составляют перестройки базальных и парабазальных клеток плоского многослойного плоского эпителия. Дисплазия развивается на фоне незрелой метаплазии

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 25 стр. из 27</p>

многослойного плоского эпителия. В зависимости от степени интенсивности пролиферации, наличия атипии и локализации процесса в разных слоях эпителия различают легкую, умеренную и тяжелую дисплазию.

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды

5.Литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М., 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- Гиперпластические процессы половых органов
- Дистрофические процессы половых органов
- Заболевания тела матки

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»		044-34/16 26 стр. из 27

Лекция №9

1.Тема: Бесплодный брак. Женское бесплодие.

2.Цель: Формирование знаний и умений по бесплодному браку, женскому бесплодию.

3.Тезисы лекций:

1. Бесплодный брак, определение
2. Женское бесплодие: этиология, классификация, методы диагностики и лечения.
3. Вспомогательные репродуктивные технологии

Бесплодный брак - отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств. Частота бесплодного брака, по разным данным, колеблется от 10 до 20%.

Причиной бесплодия могут быть нарушения в половой системе у одного или обоих супругов. Бесплодие в 45% случаев связано с нарушениями в половой сфере у женщины, в 40% - у мужчины, в остальных случаях бесплодие обусловлено нарушениями у обоих супругов. У женщин различают первичное и вторичное бесплодие при отсутствии беременности в анамнезе и при наличии ее в прошлом, а также относительное бесплодие, когда вероятность беременности сохраняется, и абсолютное бесплодие, когда возможность забеременеть естественным путем полностью исключена (при отсутствии матки, маточных труб, яичников, а также при аномалиях развития половых органов).

Женское бесплодие — это неспособность женщины к зачатию в репродуктивном возрасте. Различают первичное, вторичное и абсолютное женское бесплодие. Абсолютное женское бесплодие означает, что возможность беременности полностью исключена.

Принято различать три основные группы причин женского бесплодия:

- 1) Расстройство овуляции – 35-40%
- 2) Трубные факторы – 20-30%
- 3) Различные гинекологические заболевания – 15-25%.

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды

5.Литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. , 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Гинекология»</p>		<p>044-34/16 27 стр. из 27</p>

6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб. для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т. Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

9. Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
11. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
12. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
13. Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

1. Бесплодный брак, определение.
2. Женское бесплодие: этиология.
3. Классификация женского бесплодия.
4. Методы диагностики женского бесплодия.
5. Алгоритм лечения бесплодия.
6. Вспомогательные репродуктивные технологии