



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

حمیدی مدنی، زهرا، ۱۳۶۹-

اروژنیکولوژی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲

Novak's gynecology/ 16th edition/ Williams and Wikins/ 2020/ & Berek ترجمه و

تلخیص زهرا حمیدی مدنی.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۱۷۶ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

۳۲۵۰۰۰ ریال 2-35-5560-622-978 :

فیپا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Novak's gynecology, 16th. ed, 2020" & Berek اثر جانانان برک است.

چاپ دوم.

زنان - اورولوژی - Urogynecology

ادرار - اندامها - بیماریها - Urinary organs -- Diseases

پزشکی زنان - Gynecology

زنان - اورولوژی - آزمونها و تمرینها

Urogynecology-- Examinations, questions, etc.

دستگاه تناسلی و ادراری - بیماریها

Genitourinary organs -- Diseases

ادرار - اندامها - بیماریها - آزمونها و تمرینها

Urinary organs -- Diseases -- Examinations, questions, etc

دستگاه تناسلی و ادراری - بیماریها - آزمونها و تمرینها

Genitourinary organs -- Diseases-- Examinations, questions, etc.

پزشکی زنان - آزمونها و تمرینها

Gynecology -- Examinations, questions, etc.

برک، جانانان - Berek, Jonathan S.

نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۵۷ م. - Novak, Emil

RG۴۸۴

۶/۶۱۶

۹۱۶۳۴۴۳

فیپا

اروژنیکولوژی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد

تخصصی زنان و زایمان

Berek & Novak's Gynecology /16th edition/ Williams and Wikins/ 2020

ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا حمیدی مدنی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اروژنیکولوژی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی

زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲

Berek & Novak's Gynecology / 16th edition / Williams and Wikins / 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر زهرا حمیدی مدنی

رتبه برتر بورده سال ۱۳۹۹

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان



فهرست مطالب

۱۱.....	فصل ۲۹- دستگاه اجراری
۵۵.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۹
۷۵.....	فصل ۳۰- پرولاپس اعضای لگن
۱۱۱.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۰
۱۲۹.....	فصل ۳۱- اختلال عملکرد آنورکتال
۱۶۱.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱

دستگاه ادراری در زنان شامل مثانه که وظیفه دریافت و ذخیره‌سازی ادرار منشأ گرفته از کلیه‌ها را در جریان انتقال رو به پایین از حالب‌ها بر عهده دارد.

در وضعیت خوابیده به پشت، مثانه در قدام بین استخوان پوبیک و فاشیای عرضی و در خلف بین فاشیای اندوپلوویک، واژن و رحم قرار دارد. حاشیه‌های جانبی مثانه در مجاورت فاشیای اوبتراتور و فاشیا Arcus tendinous قرار دارد.

مثانه از ۳ لایه، مخاط، عضله عمدتاً صاف (دترسور) و سروز تشکیل شده است. تریگون، که قاعده مثانه را تشکیل می‌دهد، با توجه به تریاد متشکل از دو منفذ حالب و بخش پروگزیمال مثانه است که حالت مثلثی شکل را تشکیل می‌دهد.

پیشابراه حدوداً ۴ سانتی‌متر طول دارد که توسط عضلات احاطه شده است.

پیشابراه در دیواره قدامی واژن طی مسیر می‌کند و با خروج از دیافراگم ادراری - تناسلی در زیر سمفیز پوبیس، به داخل قسمت رأسی مدخل واژن باز می‌شود.

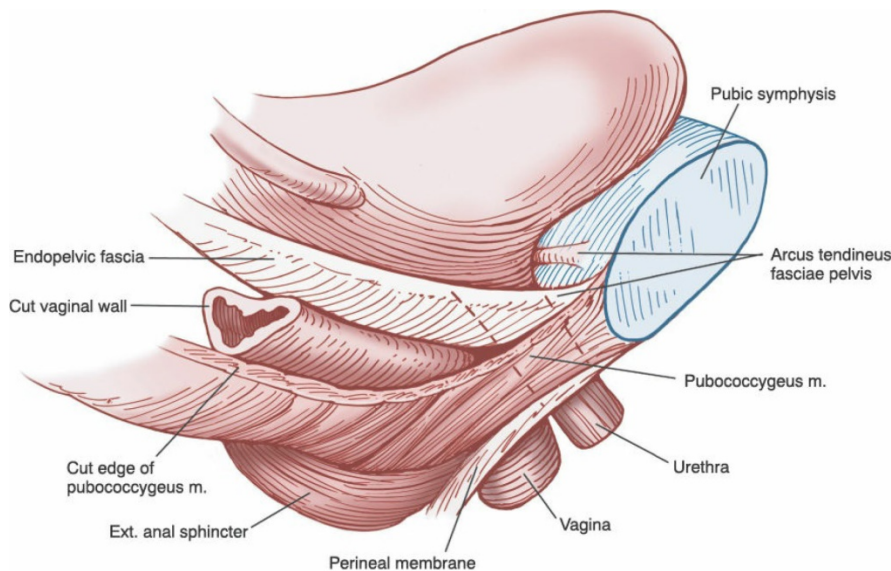


FIGURE 29-1 Lateral view of the pelvic floor showing the anatomic location of the bladder, urethra, vagina, and pelvic floor support structures transected at the level of the vesical neck.

عصب‌گیری مثانه و پیشابراه:

عصب‌گیری مثانه عمدتاً از دستگاه عصبی اتونوم (سمپاتیک و پاراسمپاتیک) تأمین می‌شود. دستگاه عصبی سمپاتیک، از ناحیه سینه‌ای - کمری طناب نخاعی (نخاع) منشأ می‌گیرد. روند انتقال سیگنال از طریق گانگلیون‌های پاراسمپاتیک صورت می‌گیرد و نورایی نفرین نوروترانسمیتر پس عقده‌ای اصلی است که دو نوع متفاوت از گیرنده‌های آدرنرژیک را تحریک می‌کند:

الف) گیرنده‌های آلفا که عمدتاً در پیشابراه و تریگون قرار دارد.

ب) گیرنده‌های بتا که عمدتاً در جسم عضله دترسور واقع هستند.

دستگاه عصبی پاراسمپاتیک، از ناحیه خاجی (ساکرال) طناب نخاعی منشأ می‌گیرد. دستگاه پاراسمپاتیک برخلاف دستگاه عصبی سمپاتیک، نورون‌های درازی دارد که از S₂ تا S₄ خارج می‌شوند، یا گانگلیون‌های خود در موقعیت نزدیکتر به عضو انتهایی (مثانه) سیناپس حاصل می‌کنند و سیگنال‌های خود را از طریق نورون‌های پس عقده‌ای کوتاه به جسم عضله دترسور منتقل می‌کنند. در این موارد، انتقال پیام‌ها از طریق نوروترانسمیتر استیل کولین صورت می‌گیرد که گیرنده موسکارینی (کولینرژیک) را تحریک می‌کند.

پرولاپس اعضای لگن

فصل ۳۰

Novak's Section 30

پرولاپس اعضای لگن (POP) به صورت نزول یک یا بیش از یک مورد از اجزای زیر تعریف می‌شود: دیواره قدامی واژن، دیواره خلفی واژن، رحم (سرویکس) یا اپکس واژن (طاق واژن) یا اسکار کاف پس از هیستریکتومی است.

POP به معنی هر نیاسیون پیشرونده اعضای لگنی از میان دیافراگم لگنی ادراری - تناسلی است که با بیشترین شیوع سبب ایجاد علائم برآمدگی واژینال می‌شود.

در زنانی که پرولاپس آنان از پرده بکارت فراتر رود ممکن است دچار علائم مرتبط با دستگاه ادراری تحتانی (بی‌اختیاری، احساس فوریت، تکرر ادرار، مشکل دفع ادرار) و علائم روده‌ای (انسداد مسیر دفع مدفوع، بی‌اختیاری مدفوع) شوند.

احتمال اختلالات کف لگن از جمله POP با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد.

علل پرولاپس اعضای لگنی چند عاملی هستند که در ضعف بافت همبند و عضلات پشتیبان لگن و همچنین آسیب اعصاب مشارکت دارند.

علاوه بر پاریته و زایمان واژینال، عوامل خطر غیرزایمانی جراحی شامل سن، یبوست، بالا بودن وزن، بیماری انسدادی مزمن ریه، سابقه هیستریکتومی، چاقی، سابقه جراحی‌های پرولاپس و نژاد است.

پاتوفیزیولوژی:

تعادل بین عضلات کف لگن، بافت همبند فیبری - عضلانی و عصب‌گیری سالم، عناصر اصلی در تداوم حمایت از اعضای لگنی در محل‌های طبیعی خود هستند.

عضلات لواتور آنی و دنبالچه‌ای کف لگن را بسته نگه می‌دارند و برای جلوگیری از نزول کف لگن نیروهای کششی و مسدود کننده، اعمال می‌کنند. این عضلات، نوعی دیافراگم حمایتی ایجاد می‌کنند که پیشابراه، واژن و رکتوم از میان آن می‌گذرند.

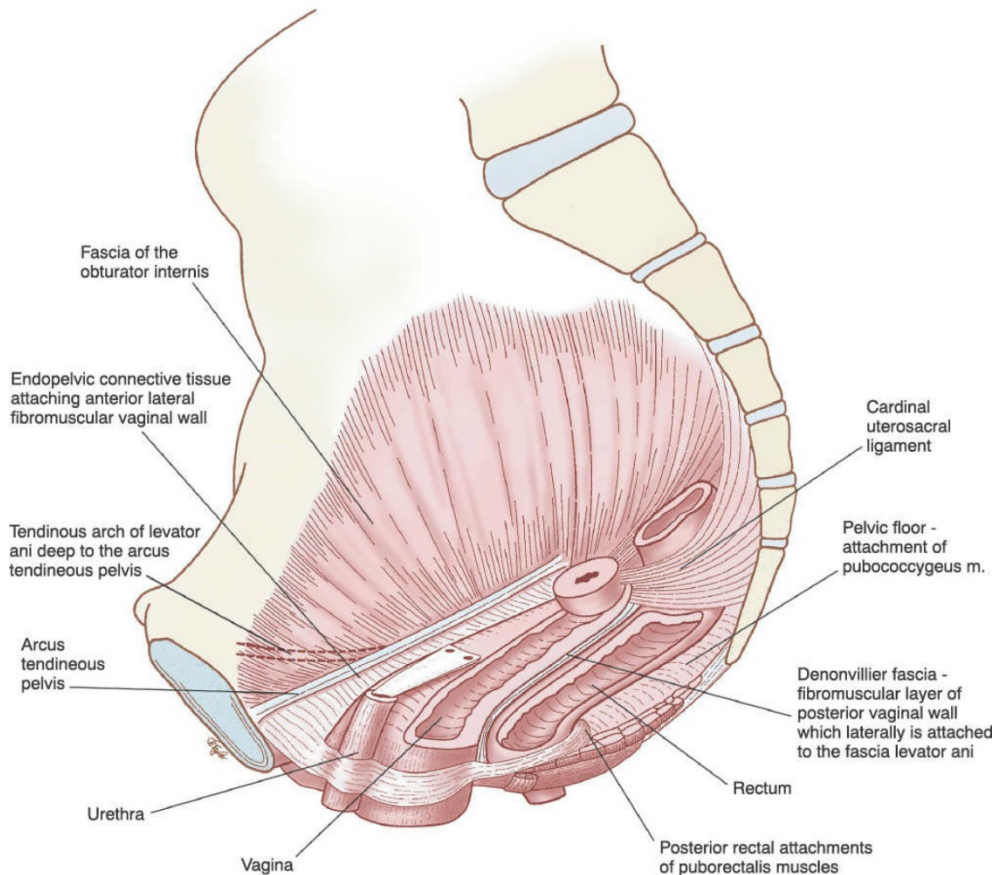


FIGURE 30-1 A sagittal view of the female pelvis with bladder and uterus removed (ureters, trigone, and cervix intact) illustrating anterior and posterior vaginal fibromuscular planes, their endopelvic fascial attachments, and a functional pelvic floor.

POP در اثر تضعیف ساختارهای حمایتی به علت پارگی‌های واقعی یا شکاف‌ها و یا به علت اختلال عملکرد عصبی - عضلانی به وجود می‌آید.

آسیب یا ضعف عضلانی باعث می‌شود سوراخ هیاتوس بزرگتر شود و این کار نزول اعضای لگن را با یک یا هر دو دیواره واژینال تسهیل می‌کند و به آن‌ها امکان می‌دهد از میان سوراخ لواتور بیرون بزنند. حمایت کانال واژن از طریق بافت همبند فاشیای اندوپلوویک و اتصالاتش به دیواره لگن و آپکس واژن (که باعث تشکیل کمپلکس کاردینال - یوتروساکرال) است. نقص این ساختمان‌ها می‌تواند باعث POP شود.

اختلال عملکرد آنورکتال

فصل ۳۱

Novak's Section 31

کنترل ارادی مقعد و عملکرد دفع مدفوع، روندهای فیزیولوژیک پیچیده‌ای هستند که مستلزم سلامت و یکپارچگی عملکرد هماهنگ نورولوژیک و آناتومیک از جمله روند جذب و تحریک در کولون، قابلیت پذیرش رکتال، حس ناحیه آنورکتال و مکانیسم چندبعدی کنترل ارادی مدفوع هستند.

تشکیل مدفوع و ترانزیت کولونی:

کولون نقش مهمی در جذب و تنظیم آب و الکترولیت‌ها بر عهده دارد. حدود ۵ لیتر آب و الکترولیت‌های همراه آن در هر روز از کولون جذب می‌شوند. انقباض پرستالیتیک عضلات صاف کولون که با واسطه اعصاب پاراسمپاتیک صورت می‌گیرد، سبب انتقال مواد مدفوعی به رکتوم می‌شود. وقفه‌ای که در ناحیه کولون رکتوسیگموئید بر سر راه انتقال مدفوع پیش می‌آید، حداکثر جذب سدیم و آب را امکان‌پذیر می‌سازد.

عملکرد ذخیره‌سازی:

با تجمع مدفوع در رکتوسیگموئید، در اثر اتساع رکتوم کاهش گذرایی در تون اسفنکتر داخلی مقعد (IAS) و افزایش در تون اسفنکتر خارجی مقعد (EAS) رخ می‌دهد که رفلکس مهاری رکتوآنال نامیده می‌شود. تماس مجرای مقعد با ماده مدفوعی سبب تسهیل روند sampling می‌شود که در طی آن مجرای مقعد و اعصاب حسی فراوان آن، قوام مدفوع را مشخص می‌کند. با شل شدن طاق رکتوم، در پاسخ به افزایش حجم، Accommodation رخ می‌دهد. این چرخه همراه با افزایش اتساع رکتوم، احساس فوریت دفع مدفوع را تحریک می‌کند.



مکانیسم کنترل ارادی عضلات (Continen):

عضلات اصلی که در مکانیسم کنترل ارادی دفع مدفوع مشارکت دارند، عضلات پوبورکتالیس، IAS و EAS هستند.

عضلات پوبورکتالیس، از شاخ‌های پوبیس در سطح قوس تاندونی لواتور آن منشأ می‌گیرد و با مسیر جانبی با آرایش U شکل به سمت واژن و رکتوم حرکت می‌کند و قلابی را در اطراف هیاتوس ژنیتال به وجود می‌آورد. انقباض عضلات پوبورکتالیس، هیاتوس ژنیتال را تنگ می‌کند و رکتوم را به سمت قدام می‌کشد و باعث می‌شود زاویه آنورکتال به حدود ۹۰ درجه برسد.

تون در حال استراحت عضله پوبورکتالیس، مکانیسم اصلی برای کنترل ارادی دفع مدفوع جامد است. IAS و EAS در زمینه کنترل دفع ارادی گاز و مدفوع مایع اهمیت دارد.

اسفنکتر داخلی IAS، قسمت اعظم تون در حال استراحت کمپلکس اسفنکتر را از طریق قوس‌های رفلکسی اتونوم حفظ می‌کند و برای کنترل غیرفعال (پاسیو) دفع ارادی مدفوع حائز اهمیت است. اسفنکتر خارجی EAS، تون پایه ثابتی را در خود حفظ می‌کند، این اسفنکتر در نهایت مسئول جلوگیری از فوریت مدفوع و بی‌اختیاری استرسی مدفوع در ارتباط با افزایش ناگهانی فشار داخل شکمی است.

اعصاب:

عصب‌گیری سمپاتیک IAS از L₅ تأمین می‌شود که از طریق شبکه هیپوگاستریک وارد شبکه لگنی می‌شود. رشته پاراسمپاتیک منشأ گرفته از S₂-S₄، در شبکه لگنی سیناپس می‌کنند و در آنجا به اعصاب سمپاتیک می‌پیوندند.

دستگاه عصبی خودکار روده علاوه بر اجزای سمپاتیک و پاراسمپاتیک، دارای دستگاه عصبی انتریک (ENS) نیز هست. ENS یک مدار موضعی ایجاد می‌کند که می‌تواند عضلات روده را منقبض و شل کند. ENS همچنین بر جذب و ترشح تأثیر می‌گذارد.

IAS از طریق قوس‌های رفلکسی در طناب نخاعی و بدون کنترل ارادی عمل می‌کنند. عضله پوبورکتالیس از شاخه‌های ریشه ساکرال S₂-S₄ عصب می‌گیرد و عصب‌گیری مستقیمی از عصب پودندال دریافت نمی‌کند.