

پایانه خندا

طیبات همراه است،

همراه با مکی قلب و اندیشه



سرشناسه	حسینی سلکی سری، فاطمه ۱۳۶۵ - و شفیع، ندا ۱۳۶۸ -
عنوان و نام پدیدآور	گنجینه آزمون‌های فلوشیپ کف لگن زنان و زایمان Berek & Novak' s gynecology edition 16, 2020 / Te Linde's operative gynecology, 12th. ed, 2024/Williams Obstetrics Cunningham 2022/Up To Date 2025
مشخصات نشر	گردآوری و پاسخدهی به سؤالات: فاطمه حسینی سلکی سری و ندا شفیع تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۵۲۴ مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۷۴-۳ ریا ۱۷,۱۰۰,۰۰۰
وضعیت فهرست‌نویسی	فیبا
موضوع	تولیدمثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان Generative organs, Female -- Cancer سرطان در زنان Cancer in women پزشکی زنان Gynecology تولید مثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Generative organs, Female -- Cancer -- Examinations, questions, etc سرطان در زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, etc. Cancer in women پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. برک، جاناتان Berek, Jonathan S. نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۵۷ م. Novak, Emil RG1۰۷/۵ ۱۰۷۵۴۵/۶۱۸ ۹۲۲۴۸۰۰
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	

گنجینه آزمون‌های فلوشیپ کف لگن زنان و زایمان	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
گردآوری و پاسخدهی به سؤالات: دکتر فاطمه حسینی سلکی سری؛ دکتر ندا شفیع	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - فاطمه حامدی یکتا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۷۴-۳
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	بهاء: ۱۷۱۰۰۰۰ تومان

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

شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱ - ۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

کنجینه آزمون‌های فلوشیپ کف لگن زنان و زایمان

Berek & Novak's gynecology edition 16, 2020
Te Linde's operative gynecology, 12th. ed, 2024
Williams Obstetrics Cunningham 2022
Up To Date 2025



گردآوری و پاسخدهی به سؤالات

دکتر فاطمه حسینی سلکی سری

فلوشیپ اختلالات کف لگن

هیئت علمی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دکتر ندا شفیع

رتبه برتر بورده تخصصی ۱۴۰۲ کشور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. فدایا از شاكران درگاهت و مقيقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام كن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

(زیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مباحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (زیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



به نام خداوند درمانگر جان و تن

خداوند متعال را سپاسگزاریم که توفیق همراهی و همدلی جمعی را عطا فرمود تا در همکاری با انتشارات رزیدنت‌یار، کتاب حاضر را تقدیم جامعه علمی نماییم.

این مجموعه دربرگیرنده پاسخ‌های تشریمی آزمون‌های فلوشیپ افتلالات کف لگن است و با هدف مرور مباحث کلیدی، تقویت درک مفهومی و ارتقای آمادگی داوطلبان تدوین شده است. در ارائه پاسخ‌ها، تلاش بر آن بوده تا نکات علمی و بالینی با دقت، اختصار و بیانی روان تبیین گردد. باشد که این گام کوچک، سهمی در اعتلای آموزش، درمان و پژوهش در این میطه تفصیصی ایفا کند. از آنجاکه هر تألیفی خالی از اشکال نمی‌باشد گروه مؤلفین بسیار مفتخر است که دریافت‌کننده انتقادات و پیشنهادات شما باشد.

با آرزوی توفیق و سربلندی برای همه همکاران گرامی

دکتر فاطمه مسینی سلکی سری

دکتر ندا شفیعی

فهرست مطالب



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۳۹۶.....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۳۹۷.....	۶۹
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۳۹۸.....	۱۲۳
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۳۹۹.....	۱۷۷
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۴۰۰.....	۲۴۱
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۴۰۱.....	۲۹۵
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۴۰۲.....	۳۴۵
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۴۰۳.....	۴۰۱
سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۴۰۴.....	۴۶۱



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات کف لگن سال ۱۳۹۶

۱- این لیگامان لبه‌ای قوی از بافت فیبرو است که در طول خط پکتینه آل امتداد می‌یابد و در خارج با لیگامان ایلئوپکتینه آل و در داخل با لیگامان لاکونر اتصال دارد؟

الف) اینگوئینال

ب) کوپر

ج) ساکرواسپاینوس

د) ساکروتوبروس

پاسخ: گزینه ب

رابط کوپر:

اغلب در روش‌های ساسپنشن مثانه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دارای ویژگی‌های زیر است:

۱. لبه‌ای قوی از بافت فیبرو است که در طول خط پکتینه آل گسترش می‌یابد و رابط پکتینه آل نیز نامیده می‌شود.

۲. در طرف خارج با رابط پکتینه آل و در طرف داخل با رابط لاکونر مخلوط می‌شود.

۲- در مورد لیگامان ساکرواسپاینوس تمام موارد صحیح است، به جز:

الف) در قدام عصب پودندال و عروق پودندال داخلی قرار می‌گیرد.

ب) شریان گلوئتال تحتانی در خلف آن قرار دارد.

ج) ستون‌های مثانه‌ای، آن را از فضای رکتوواژینال جدا می‌کند.

د) اغلب برای ساسپنشن رأس واژن از آن استفاده می‌شود.

پاسخ: گزینه ج

رابط ساکرواسپینوس:

از این رابط جهت ساسپنشن واژن استفاده می‌شود. این مزیت را فراهم می‌سازد که جراح بتواند از شیوه جراحی واژینال استفاده کند.

دارای ویژگی‌های زیر است:

- از خار ایسکیال تا سطح جانبی ساکروم امتداد می‌یابد.

- ستون‌های رکتال، این رابط را از فضای رکتوواژینال جدا می‌کنند.



- این رباط در محل اتصال به خار ایسکیال، در سطح قدامی عصب پودندال و عروق پودندال داخلی قرار می‌گیرد.
- * شریان گلوئتال تحتانی با جریان خون وسیع جانبی، بین رباط‌های ساکرواسپینوس و ساکروتوبروس قرار دارد و ممکن است طی عمل ساسپنشن ساکرواسپینوس آسیب ببیند.
- * جهت کاهش آسیب به شریان گلوئتال تحتانی و عصب پودندال و عروق پودندال داخلی طی ساسپنشن چه باید کرد؟! اعمال کشش دقیق و کنترل شده و قرار دادن بخیه حداقل با فاصله دو پهنای انگشت در سمت داخلی خار ایسکیال.

۳- در نورکتومی پره ساکرال؟

- الف) قطعه‌ای از شبکه هایپوگاستریک تحتانی بریده می‌شود.
- ب) الیاف حسی مربوط به رحم و تخمدان قطع می‌شود.
- ج) در عملکرد روده و مثانه اختلالات رخ نمی‌دهد.
- د) درد منشأ گرفته از لوله‌های رحم یا تخمدان با رزکسیون آن قطع نمی‌شود.

پاسخ: گزینه د

نورکتومی پره ساکرال:

در آن قطعه‌ای از شبکه هایپوگاستریک فوقانی به منظور قطع الیاف حسی رحم و سرویکس بریده و رزکسیون می‌شود، تقریباً در ۷۵-۵۰ درصد موارد با تسکین دیس منوره ناشی از اندومتریوز همراه بوده است. چون الیاف و ابران منشأ گرفته از آدنکس‌ها همراه با شبکه تخمدانی طی مسیر می‌کنند، درد منشأ گرفته از تخمدان یا لوله‌های رحم، با رزکسیون عصب پره ساکرال برطرف نمی‌شود. چون این شبکه دارای الیاف عصبی و ابران سمپاتیک و پاراسمپاتیک در امتزاج با الیاف آوران است، ممکن است اختلال عملکرد روده یا مثانه رخ بدهد. یکی از روش‌های جانبی جراحی، رزکسیون رباط‌های رحمی - خاجی است که این روش نیز با اختلال عملکرد ادراری از جمله احتباس ادراری در ارتباط است.

۴- در حین جراحی ژنیکولوژیک از رترکتور استفاده کردیم. بیمار پس از چندی با آنستزی ناحیه مدیال ران و لترال لبیا مراجعه کرده است. احتمال آسیب به کدام عصب مطرح است؟

- الف) فموروکوتانئوس
- ب) ایلئواینگوئینال
- ج) ژنیتوفمورال
- د) ایلئوهایپوگاستریک

پاسخ: گزینه ج

عصب ژنیتوفمورال (L1-L2):

این عصب حین جراحی‌های زنان مستعد آسیب است. شاخه ژنیتال عصب همراه با رباط گرد وارد مجرای اینگوینال می‌شود و با عبور از حلقه اینگوینال سطحی به قسمت‌های قدامی ولو می‌رسد. شاخه فمورال بخش میانی / فوقانی قدام ران را عصب‌دهی می‌کند.



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۳۹۷

- ۱- خانمی ۵۵ ساله یک هفته قبل به دنبال TAH با برش فن اشتایل دچار بی‌حسی ناحیه سوپراپوبیک شده است. احتمال آسیب کدام عصب وجود دارد؟
- الف) پودندال
- ب) ایلئواینگوئینال
- ج) ایلئوهیپوگاستریک
- د) ژنیتوفمورال

پاسخ: گزینه ج

اعصاب ایلئواینگوئینال و ایلئوهیپوگاستریک

اعصاب ایلئوهیپوگاستریک و ایلئواینگوئینال از شاخه قدامی ریشه‌های L1 منشأ گرفته و تنها حاوی فیبرهای آوران و یا حسی می‌باشد.

✓ عصب ایلئوهیپوگاستریک: عصب‌دهی حسی پوست مجاور سیتیگ ایلپاک درست در بالای سمفیز پوبیس

✓ عصب ایلئواینگوئینال: عصب‌دهی حسی بخش فوقانی - داخلی ران، مونس پوبیس، لب‌های ماژور به عهده دارند.

اعصاب از قسمت بالا و لترال عضله پسواس عبور کرده و سپس در لترال از روی عضله کوادراتوس لومبار عبور می‌کند نزدیک به کمرست ایلپاک، عضله ترانسورس ابدومینوس را سوراخ و از مدیال و پایین عضله مایل داخلی عبور می‌کنند.

عصب ایلئواینگوئینال از میان عضله مایل داخلی، ۲/۵ سانتی‌متر مدیال و ۲ سانتی‌متر پایین‌تر از خار خاصره قدامی فوقانی عبور می‌کند. بنابراین انسیزیون‌های پایین شکم و تروکارهای لاپاراسکوپی که پایین‌تر نسبت به خار خاصره قدامی فوقانی قرار می‌گیرند، می‌توانند باعث آسیب یا گیر افتادن این عصب شوند.

✓ انسیزیون‌های تحتانی شکم که ۲ سانتی‌متر بالاتر از سمفیز پوبیس زده می‌شوند در صورتی که برش ۳/۵ سانتی‌متر به سمت خارج برود ممکن است عصب ایلئوهیپوگاستریک آسیب بزند.

گیر افتادن اعصاب ایلئوهیپوگاستریک و ایلئواینگوئینال با تریاد درد تیز و سوزشی در محل عمل که به سمت سوپراپوبیک، لبیا یا ران کشیده می‌شود و پارستزی و از بین رفتن درد با تزریق موضعی بی‌حس‌کننده در محل شناسایی می‌شود.



۲- به دنبال جراحی ساکرواسپینوس، بیمار دچار هماتوم در ناحیه عمل شد. کدام عروق در حین جراحی احتمالاً آسیب دیده است؟

الف) رکتال تحتانی

ب) اوبتراتور

ج) پودندال

د) گلوئتال تحتانی

پاسخ: گزینه د

شریان گلوئتال تحتانی، با جریان خون وسیع جانبی، بین رباط‌های ساکرواسپینوس و ساکروتوبروس قرار دارد و ممکن است در طی عمل ساسپنشن ساکرواسپینوس دچار آسیب شود.

نکته مهم: می‌توان با اعمال کشش دقیق و کنترل شده و قرار دادن بخیه حداقل با فاصله دو پهنای انگشت در سمت داخلی خار ایسکیال احتمال وارد شدن آسیب به شریان گلوئتال تحتانی و نیز عصب پودندال و عروق پودندال را به حداقل رسانید.

۳- کدام یک از عضلات زیر در کنترل مدفوع نقش ندارد؟

الف) پوبورکتالایس

ب) پوبوکوکسیژئوس

ج) اسفنکتر داخلی

د) اسفنکتر خارجی

پاسخ: گزینه ب

دفع ارادی مدفوع، عمدتاً توسط عضله پوبورکتالایس و اسفنکتر داخلی مقعد که در همراهی با اسفنکتر خارجی مقعد عمل می‌کنند، امکان پذیر می‌شود.

۴- کدام یک از عضلات تشکیل دهنده دیافراگم لگن می‌باشد؟

الف) اوبتراتور داخلی

ب) کوکسیژئوس

ج) ایلئوپسواس

د) اسفنکتر خارجی آنال

پاسخ: گزینه ب

دیافراگم لگنی دیواره‌ای فیبری - عضلانی و قیفی شکل است که ساختمان پشتیبان اصلی را برای محتویات لگن تشکیل می‌دهد. ✓ دیافراگم لگنی متشکل از عضلات بالا برنده مقعد (پوبوکوکسیژئوس، پوبورکتالایس، ایلئوکوکسیژئوس) و عضله دنباله‌ای (کوکسیژئوس) و فاسیاهای فوقانی و تحتانی آنها است. دیافراگم لگنی سقف حفره ایسکیورکتال را تشکیل می‌دهد.



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۳۹۸

۱- جهت بررسی ارتباط بین مصرف دخانیات و بروز حاملگی نابه‌جا، کدام یک از مطالعات زیر مناسب‌ترین طراحی است؟

الف) مشاهده‌ای

ب) موردی - شاهدی

ج) مقطعی

د) کارآزمایی بالینی

پاسخ: گزینه ب

فصل ۴ نواک ۲۰۲۰

مطالعات مورد - شاهدی:

مطالعات مورد - شاهدی، با شناسایی افراد مبتلا به یک بیماری یا پیامد مورد نظر و جمعیت شاهد مطلوبی که فاقد بیماری یا پیامد مورد نظر هستند، آغاز می‌شوند.

افراد شاهد باید معرف نمونه‌ای از جمعیتی باشند که «موارد» مربوط به آن جمعیت هستند، همچنین افراد شاهد باید در معرض خطر بیماری یا پیامد بوده اما به آن مبتلا نشده باشند.

ارتباط بین یک عامل یا مواجهه خاص با بیماری، به طور گذشته‌نگر و یا مقایسه تفاوت «موارد» و «افراد شاهد» از نظر آن مواجهه، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مقیاس ارتباط در مطالعات مورد - شاهدی، نسبت شانس (OR) نام دارد و به صورت زیر تعریف می‌شود:

«نسبت افراد مواجهه شده به افراد مواجهه نشده» تقسیم بر «نسبت افراد شاهد مواجهه شده به افراد شاهد مواجهه نشده»

اگر کل یک جمعیت بر اساس مواجهه و وضعیت بیماری مشخص شده باشد، OR مواجهه همانند خطر نسبی (RR) به دست آمده از مطالعه‌ای هم‌گروهی در همان جماعت خواهد بود.

مزیت مطالعات مورد - شاهدی این است که این مطالعات عموماً کم هزینه‌تر و آسان‌تر از سایر مطالعات تحلیلی هستند.

مطالعات مورد - شاهدی، بیشترین تناسب را برای بررسی ارتباط بین یک مواجهه نسبتاً شایع و یک بیماری نسبتاً نادر دارند.

از معایب این مطالعات، می‌توان به بیشتر بودن احتمال سوگیری انتخاب، سوگیری یادآوری و سوگیری تقسیم‌بندی نادرست اشاره کرد.



۲- کدام یک از سوراخ سیاتیک بزرگ عبور نمی‌کند؟

الف) عروق گلوئال فوقانی

ب) اعصاب گلوئال تحتانی

ج) عصب سیاتیک

د) شریان اوبتراتور

پاسخ: گزینه د

فصل ۵ نواک

سوراخ سیاتیک بزرگ:

ساختمان زیر را از خود عبور می‌دهد:

عضله پیریفورمیس، عروق و اعصاب گلوئال فوقانی، عصب سیاتیک همراه با اعصاب عضله چهار سر ران، عروق و اعصاب گلوئال تحتانی، عصب جلدی خلفی ران، اعصاب عضله اوبتراتور داخلی و عروق و اعصاب پودندال داخلی.

۳- دیافراگم اوروژنیتال شامل کدام مورد زیر می‌باشد؟

الف) عضله عرضی واژن

ب) عضله پرینه سطحی

ج) عضله بولبوکاورنوس

د) عضله پیریفرمیس

پاسخ: گزینه الف

فصل ۵ نواک

مثلت ادراری - تناسلی، شامل ساختمان‌های تناسلی خارجی و منفذ پیشابراه است. عضلات دیافراگم ادراری تناسلی شامل عضله پرینه‌ای عرضی عمقی و عضله اسفنکتر پیشابراه هستند.

۴- به دنبال هیستریکتومی واژینال جهت ساسپنشن واژن به لیگامان یوتروساکرال لازم است محل آناتومیک حالب با لمس مشخص گردد، پس حالب را لیگامان یوتروساکرال لمس می‌کنیم.

الف) لترال

ب) انتریور

ج) مدیال

د) پروگزیمال

پاسخ: گزینه الف

فصل ۵ نواک



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۳۹۹

۱- خانم ۵۲ ساله به دنبال هیستریکتومی شکمی سه روز قبل دچار تب، تکیکاردی و درد یک طرفه شکم شده است. آنتی‌بیوتیک تزریقی شروع شده، در بررسی سونوگرافی هماتوم گزارش نشده است، در سی‌تی‌اسکن ترومبوز در عروق کوچک لگنی گزارش شده، اقدام مناسب کدام است؟

الف) آمبولکتنومی عروق لگن

ب) تغییر رژیم آنتی‌بیوتیکی

ج) هپارین درمانی ۱۰-۷ روز

د) لاپاراتومی تجسسی

پاسخ: گزینه ج

فصل ۱۲ - تلیندز ۲۰۲۴

طبق جدول ۱۲-۳ فصل ۱۲ تلیندز ۲۰۲۴ مربوط به تشخیص افتراقی‌های بقا بعد از عمل جراحی علائم بیمار مربوط به ترومبوفلیت سپتیک لگن می‌باشد که معمولاً ۷۲ ساعت بعد از جراحی آغاز شده و طبق جدول درمان و تشخیص شامل CT، MRI و درمان شامل آنتی‌کواگولان (هپارین) می‌باشد.

TABLE 12.3

Differential Diagnosis for Postoperative Fever

ORGAN/SYSTEM	POTENTIAL CAUSE OF POSTOPERATIVE FEVER	TYPICAL POSTOPERATIVE TIMING	CLINICAL APPROACH
Central nervous system	Drug fever	Any	Review medication list and potential interactions; discontinue suspected medication
Respiratory	Pneumonia	<48 h	Incentive spirometry, early mobilization, pulmonary toilet, chest radiography, sputum culture, antibiotics
Cardiovascular	Deep vein thrombosis	>72 h	Compression ultrasonography, anticoagulation
	Septic pelvic thrombophlebitis	>72 h	
	Hematoma	Any	Additional imaging including CT scan or MRI; drainage if collection is large/accessible
	Blood transfusion reaction	Immediate—24 h following transfusion	
Genitourinary	Urinary tract infection	>48 h	Removal of catheter, urinalysis, urine culture, antibiotics
Infectious	Surgical site infection	>72 h	
	Abscess		
	Bacteremia		
	Sinusitis		
	Infected hematoma		
Iatrogenic	Catheter-related infection	Any	Removal of infected catheter
Psychiatric	Withdrawal/delirium tremens	>72 h	Review of patient's history and substance use, consultation with psychiatry, benzodiazepine administration



- ۲- خانم ۴۸ ساله با سابقه چهار نوبت سزارین به دلیل خونریزی غیرطبیعی کاندید هیستریکتومی شده است. حین جراحی چسبندگی شدید مثانه وجود دارد. جهت رفع چسبندگی روش شما چگونه خواهد بود؟
- الف) جداسازی پریتوئن روی سرویکس قدامی در زمان بستن لیگامان راند
- ب) جداسازی شارپ در قسمت لترال سرویکس
- ج) دایسکشن کند مثانه با گرفتن رحم و سگمان تحتانی بین دو دست
- د) ایجاد صفحه بافتی و دایسکشن مثانه از سرویکس قدامی با قیچی تیز

پاسخ: گزینه د

فصل ۲۳ - تلیندز ۲۰۲۴

برش رفلکشن پریتوئن وزیکوپوترین به صورت شارپ یا با الکتروکوتر تکمیل می‌شود. سپس، مثانه از روی سرویکس جداسازی می‌شود. هنگامی که فضای بدون عروق بین خلف مثانه و قدام سرویکس با قیچی متزن‌بام جداسازی می‌شود، رحم به صورت محکم، به سمت خارج لگن بالا برده می‌شود. در صورت امکان، ادامه جداسازی در قسمت میانی سرویکس، از پارگی تصادفی عروق لترال سرویکس جلوگیری می‌کند.

باین‌حال، هنگامی که چسبندگی‌های محکم در خط وسط وجود دارد، گاهی گسترش لترال صفحه بافتی صحیح، ترجیح داده می‌شود. تکنیک snip-push-spread، تروما به فضا را به حداقل می‌رساند، ورود به صفحه صحیح بافتی را تسهیل کرده و خصوصاً در مواقعی که اسکار، بعد از زایمان سزارین وجود دارد، مفید واقع می‌شود.

هنگامی که مثانه چسبندگی ندارد، جداسازی کند (بلانت) فضای وزیکوپوترین قابل قبول است، باین‌حال جداسازی تیز (شارپ) این فضا، ترجیح داده می‌شود.

دسترسی به زاویه مناسب ابزار برای جداسازی مثانه، ممکن است به خصوص هنگامی که فیبروم‌ها در داخل میدان دید جراحی وجود دارند چالش‌برانگیز باشد. نگه داشتن یک فیبروم اینترامورال قدامی با یک کلیپ towel یا جابجایی دستی رحم به خلف و بالا، مثال‌هایی از تکنیک‌های هستند که اغلب، دید را تقویت و فضا جهت جداسازی را فراهم می‌کنند. در برخی بیماران اسکار فضای وزیکوپوترین به حدی شدید است که فضای بین مثانه و سروز رحم نامشخص است.

جراحان می‌توانند به صورت رتروگرید مثانه را برای شناسایی حاشیه بالایی آن پر کنند، ولی حتی اگر رحم به صورت شارپ و سریع به سمت بالا کشیده شود، احتمال دارد که مثانه پر شده، میدان جراحی را بپوشاند. جدا کردن چسبندگی با هموکلپ‌های کوچک، تکنیک مفیدی برای جداسازی چسبندگی‌های سخت بین مثانه و رحم می‌باشد.

باکس ۳-۲۳ نکات اصلی جداسازی مثانه



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۴۰۰

۱- خانم ۶۸ ساله با سابقه بی‌اختیاری ادرار از مدت‌ها پیش تحت درمان با اکسی بوتینین می‌باشد. وی ذکر می‌کند که اخیراً به دنبال تجویز داروهای جدید دچار اختلال در تخلیه ادرار شده است. کدام یک از داروهای تجویز شده زیر را قطع می‌کنید؟

الف) لوزارتان

ب) ناپروکسن

ج) ویتامین C

د) دی سیکلومین

پاسخ: گزینه د

- داروهایی که می‌توانند بر عملکرد مجاری ادراری تأثیر بگذارند، هم کاربردی هستند هم سؤال‌خیز.
- آرام‌بخش‌ها مثل BZD می‌توانند سبب گیجی و بی‌اختیاری ثانویه مخصوصاً در افراد مسن شوند.
 - الکال با اثر مشابه BZD می‌تواند باعث اختلال در تحرک فرد و ایجاد دیورز شود.
 - داروهای آنتی‌کولینرژیک می‌توانند سبب اختلال در انقباض دترسور شوند و موجب دشواری در ادرار کردن و بی‌اختیاری overflow شوند.
- شامل: آنتی‌هیستامین‌ها، ضداسفردگی‌ها، آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضداسپاسم‌ها، داروهای درمان پارکینسون
- α -آگونیست‌ها که اغلب بدون نسخه در دسترس هستند، می‌توانند باعث افزایش مقاومت خروجی مجرای ادرار شده و سبب دشواری در ادرار کردن شوند.
 - α بلوکرها که گاه در درمان HTN به کار می‌روند (مثل ترازوسین، پرازوسین) ممکن است باعث کاهش فشار بسته شدن مجرا و منجر به بی‌اختیاری استرسی SUI شوند.
 - بلوک‌کننده‌های Ca باعث کاهش انقباض عضلات صاف مثانه و در نتیجه مسائل ادراری یا بی‌اختیاری می‌شوند، به علت ادم محیطی که ایجاد می‌کنند ممکن است باعث ناکچوری شوند.
 - ACEI می‌توانند سبب سرفه مزمن شده و منجر به بی‌اختیاری استرسی (SUI) شوند.
- دی سیکلومین یک داروی ضداسپاسم آنتی‌کولینرژیک است که مخصوصاً مصرف همزمان آن با oxybut که خود یک آنتی‌موسکارین است اثر synergy داشته و منجر به علائم اختلال در دفع ادرار خواهد شد.



۲- خانم ۴۲ ساله G3L3 با شکایت از مشکلات ادراری از ۲ سال پیش مراجعه کرده است. وی ذکر می‌کند که روزانه بیش از ۱۰ بار دستشویی می‌رود. گاهی قبل از رسیدن به دستشویی دچار بی‌اختیاری ادرار می‌شود. با سرفه‌های شدید، بی‌اختیاری ادرار دارد. قبلاً کولپورافی نیز شده ولی بهبودی قابل قبول نداشته است. در معاینه مجرای ادرار Fix بوده و پرولاپس واضح ندارد. حجم باقیمانده ادرار ۸۰ سی سی است. U/C, U/A نرمال می‌باشد. اقدام بعدی چیست؟

الف) تجویز تولترودین

ب) تست اورودینامیک

ج) تجویز دولوکستین

د) سیستوسکوپی

پاسخ: گزینه ب

هنگامی که تست اورودینامیک انجام می‌شود باعث به دست آمدن داده‌های عینی در خصوص عملکرد مجرای ادراری تحتانی شده و ۲ هدف را در بر دارد ابتدا به مشخص کردن شرایط ذخیره‌ای مثانه از طریق افتراق بی‌اختیاری استرسی، فوریتی و مختلط از یکدیگر کمک می‌کند. هدف دوم کمک به تشخیص اختلال عملکرد ادراری می‌کند.

اندیکاسیون‌های انجام نوار مثانه:

- ۱) وقتی که به دلیل عدم هماهنگی بین شرح حال معاینه فیزیکی، علائم و چارت دفع ادراری نمی‌توان به تشخیص مشخص رسید.
- ۲) جهت مشخص شدن وجود یا فقدان بی‌اختیاری استرسی مخفی covert SUI در خانم بدون علائم بی‌اختیاری ادراری یا با تست سرفه منفی که جراحی پرولاپس به وی پیشنهاد شده است.
- ۳) جراحی قبلی بی‌اختیاری با شکست مواجه شده باشد یا در صورت عود علائم بعد جراحی
- ۴) اختلال دفع ادراری و رزیدو ادراری بالا، incomplete voiding
- ۵) شرح حال بیماری نورولوژیک مثل MS و بی‌اختیاری همزمان

۳- خانم ۳۵ ساله با سابقه ۲ مورد زایمان قبلی با شکایت از آمنوره مراجعه نموده، ذکر می‌کند که از حدود ۵ سال پیش قرص ضدحاملگی مصرف می‌کرده است. به دنبال قطع OCP از ۹ ماه پیش پرئود نشده است. کدام یک از اقدامات زیر را انجام می‌دهید؟

الف) بررسی از نظر هیپرپرولاکتینمی

ب) تجویز استروژن و پروژسترون High dose

ج) انجام کورتاژ تشخیصی برای بررسی پاتولوژی آندومتر

د) تجویز کنتراسپتیو HD

پاسخ: گزینه الف

زنانی که بیش از ۶ ماه از قطع OCP هنوز دچار آمنوره هستند باید به علت خطر بروز تومورهای هیپوفیزی ترشح‌کننده PRL تحت ارزیابی کامل قرار گیرند.



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۴۰۱

- ۱- خانم ۲۸ ساله با سابقه ۳ مورد سقط و کیس شناخته شده Antiphospholipid Syndrome (APS) خواهان حاملگی می‌باشد. وی کاندید آنتی‌کوآگولانت تراپی در طی حاملگی می‌باشد. کدام یک از رژیم‌های درمانی زیر مورد تأیید می‌باشد؟
- الف) شروع آسپرین به محض وقوع حاملگی
ب) شروع آسپرین در زمان اقدام به حاملگی و هپارین به محض وقوع حاملگی
ج) شروع هپارین در زمان اقدام به حاملگی
د) شروع آسپرین و هپارین در زمان اقدام به حاملگی

پاسخ: گزینه ب

یکی از رژیم‌های تیپیک برای زنان مبتلا به APS استفاده از آسپرین ۸۱ میلی‌گرم در روز است که با هرگونه تلاش برای حامله شدن آغاز می‌شود و بعد از تأیید حاملگی ۵۰۰۰ واحد هپارین به صورت SC دو بار در روز تمام طول حاملگی تجویز می‌شود.

- ۲- هنگام انجام لاپاراسکوپی برای برداشتن ضایعات آندومتریوتیک لگن متوجه آندومتریوزیس Dome مثانه می‌شوید. کدام یک از روش‌های درمانی زیر را انتخاب می‌کنید؟
- الف) بریدن بافت آندومتریوتیک و بستن دیواره مثانه
ب) برداشتن توده با Laser Vaporization
ج) برداشتن توده با Electrocoagulation
د) اگر بیمار علائم ادراری نداشت نیاز به درمان جراحی ندارد.

پاسخ: گزینه الف

درمان جراحی آندومتریوز مثانه برداشتن ضایعه و ترمیم اولیه دیواره مثانه است. در آندومتریوز عضله دترسور مثانه به صورت تمام ضخامت شامل برداشتن گنبد مثانه یا دیواره خلفی آن کاملاً بالای تریگون می‌باشد. برداشتن ضایعه از طریق پیشابراه کنترانیدیکاسیون است.



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۴۰۲

۱- امکان بروز کدام عارضه عصبی زیر به دنبال جراحی ترمیمی پاراواژینال شکمی و درج محتمل است؟

- الف) ناتوانی در اداکسیون ران
- ب) از دست دادن حس قسمت خارجی ران
- ج) درد در حالت نشستن
- د) درد در ناحیه سوپراپوبیک

پاسخ: گزینه الف

در طی جراحی‌های یوروگانیکولوژی مثل میدیورتال اسلینگ و یا ترمیم نقص پاراواژینال عصب ایترا تور احتمال آسیب دارد. در هنگام دایکشن فضای رتروپوبیک برای ترمیم پاراواژینال جراح باید قبل از جایگذاری suture، سوراخ ایترا تور و باندل عروقی را شناسایی کند. علاوه بر این عصب ایترا تور در هنگام قرار دادن نامناسب در رکاب یا خم شدن طولانی Hip می‌تواند دچار کشش عصبی شده و آسیب ببیند.

در آسیب عصب ایترا تور بیمار قادر به اداکشن ران نمی‌باشد و از بی‌حسی قسمت داخل ران شاکی است. در هنگام سرپا ایستادن و رانندگی هم دچار مشکل می‌شوند. برای افتراق آسیب ایترا تور از فمورال nerve، چک رفلکس پاتلا کمک‌کننده است (در آسیب ایترا تور رفلکس پتلا NI است).

نکته: عصب ایترا تور از قسمت فوقانی - خارجی سوراخ ایترا تور عبور می‌کند. پس safe zone برای جراحی‌های SUI (TOT) قسمت داخل و پایین فورامن است که آسیب عصبی ایجاد نکند.

نکته: اگر برش عصب ایترا تور در حین جراحی تشخیص داده شود، بافت همبند اطراف عصب باید فوراً با یک بخیه ظریف ترمیم شود تا رشد مجدد آکسون افزایش یابد.

۲- خانم ۴۸ ساله مورد شناخته شده هیپرلیپیدمی و بیماری ایسکمیک قلبی، در حال مصرف NSAID، بتابلوکر، Clopidogrel و داروهای ضدچربی استاتینی می‌باشد. در حال حاضر کاندید TVH + APR است. تمام داروهایش بایستی قبل از جراحی قطع گردد،

به جز:

- الف) ضدچربی استاتینی
- ب) Clopidogrel
- ج) NSAID
- د) بتابلوکر



پاسخ: گزینه الف

به طور خلاصه، نیازی به قطع مهارکننده‌های کانال کلسیم CCB و دیگوکسین و H_2 بلوکر، استاتین‌ها و PPI قبل از عمل نیست. در مورد بتابلوکرها، در صورت مصرف طولانی مدت مثلاً برای کنترل آنژین یا آریتمی باید در دوران قبل عمل ادامه دهد. در زنان که خطر بسیار بالا برای حوادث قلبی قبل عمل، شروع بتابلوکر حداقل ۷ تا ۳۰ روز قبل عمل، حوادث قلبی را کاهش می‌دهد. در مورد NSAID: توصیه می‌شود از ۳ روز قبل عمل قطع شود. به جز در مواردی که نیاز به دارو جهت کنترل درد وجود دارد. داروهای ضد چربی غیراستاتینی (نیاسین، جم فیبروزیل، فنوفیبرات) به علت خطر میوپاتی و رابدومیولیز حوالی عمل، توصیه می‌شود روز قبل از عمل قطع شوند. Clopidogrel حدود ۷-۵ روز قبل عمل قطع و ۱۵-۱۲ ساعت بعد عمل شروع شود.

۳- بیماری که کاندید هیستریکتومی بوده و از دیشب تاکنون ناشتا است، به ناگهان ۲ ساعت قبل از جراحی یک لیوان چایی میل کرده است. چه مقدار دیگر زمان لازم است بماند تا بتوان NPO جراحی را شروع کرد؟

- الف) ۴ ساعت
- ب) ۶ ساعت
- ج) ۸ ساعت
- د) بلافاصله

پاسخ: گزینه د

اصول ارتقای بهبود بعد از عمل جراحی (ERAS):

شواهدی مبنی بر ناشتایی طولانی مدت قبل از عمل جراحی و خطر آسپیراسیون ندارد و مشخص شده که ناشتایی باعث افزایش مقاومت به انسولین می‌شود. که باعث افزایش موربیدیتة حول و حوش عمل جراحی خواهد شد. انجمن بیهوشی آمریکا پیشنهاد داده است که بیمار تا ۶ ساعت قبل از جراحی به میل خود غذا بخورد و به دنبال آن تا ۲ ساعت قبل از عمل مایعات صاف شده مصرف نماید.

۴- بیمار خانم ۷۰ ساله، بعد از جراحی لفورت برای بیمار Retrograde voiding trial انجام شد. بیمار قادر به ادرار کردن نبوده، در معاینه شواهدی به نفع انسداد مجرا نیست. مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟

- الف) آموزش CIC و فالوآپ بیمار ۳ روز بعد به صورت سرپایی جهت چک مجدد رزیدو
- ب) درمان دارویی جهت رفع احتباس ادراری
- ج) بستری در بیمارستان جهت سونداژ دائم برای یک هفته و چک مجدد رزیدو
- د) انجام تست یورودینامیک برای بررسی علت احتباس

پاسخ: گزینه الف

برای voiding trial، management ناموفق در مبحث postoperative urinary retention آپ تو دیت این طور آمده که ابتدا علل که خودبه‌خود محو می‌شوند مثل هماتوم، packing، ادم بافتی، pain و ... را رد کرده سپس در صورتی که جزء این دسته از علل احتباس



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۴۰۳

۱- دخترخانم ۱۴ ساله با سابقه قاعدگی‌های نامنظم بلافاصله بعد از منارک مراجعه کرده است. فعالیت جنسی را انکار کرده و ذکر می‌کند برای مراجعات بعدی خواهد آمد. در آزمایشات $Hb=6$ دارد. در همه گزینه‌های زیر می‌توان معاینه لگن را در او به تأخیر انداخت، به جز:

الف) سابقه پرئود نامنظم

ب) انکار فعالیت جنسی

ج) اعتماد به پیگیری بیمار

د) آنمی

پاسخ: گزینه د

فصل ۱ نواک ۲۰۲۰

معاینه لگن در نوجوانان ممکن است بازده کمتری از زنان مسن‌تر داشته باشد به ویژه هنگامی که اولین معاینه بیمار و یا در شرایط اورژانس به انجام برسد.

✓ در نوجوانانی که با خونریزی شدید مراجعه می‌کنند، در شرایط زیر باید معاینه لگن انجام شود:

- در صورتی که اقدام به نزدیکی جنسی کرده باشد.
- تست مثبت بارداری داشته باشد.
- دچار درد شکم باشد.
- به شدت کم خون باشد.
- شدت خونریزی به حدی باشد که بتواند پایداری همودینامیک را به مخاطره بیندازد.

* در نوجوانان کم سن و سال که دارای سابقه کلاسیک سیکل‌های نامنظم بلافاصله بعد از منارک هستند، میزان هماتوکریت طبیعی و فعالیت جنسی را انکار می‌کنند و می‌توان به مراجعه آنان برای پیگیری اعتماد کرد، می‌توان معاینه لگن را به تأخیر انداخت و همچنین در نوجوانی که قبل از شروع نزدیکی جنسی برای دریافت OCP به مطب مراجعه می‌کنند می‌توان معاینه را به تأخیر انداخت.



۲- دخترخانم چاق که به علت علائم بلوغ زودرس به درمانگاه آورده شده است، بیمار در روستا زندگی می‌کند. نابینا است و والدین خود را در کودکی از دست داده است. همه گزینه‌های زیر فاکتوری برای بلوغ زودرس در او می‌باشد، به جز:

الف) چاقی

ب) زندگی در روستا

ج) نابینایی

د) از دست دادن والدین

پاسخ: گزینه ب

فصل ۸ نواک ۲۰۲۰

کودکانی که دارای زندگی شهری هستند، در نزدیک خط استوا سکونت دارند یا در ارتفاعات پایین‌تر زندگی می‌کنند، در مقایسه با کودکانی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، از خط استوا دورتر هستند یا در ارتفاعات بالاتر سکونت دارند به طور تیپیک زودتر بالغ می‌شوند.

در موارد زیر نیز باید خطر شروع بلوغ زودرس را در نظر گرفت:

✓ بیولوژی تکاملی

✓ ناسازگاری‌های خانوادگی مرتبط

✓ فقدان یکی از والدین

✓ ناکافی بودن منابع مالی

✓ عوامل استرس‌زای خانگی همراه با خطر بلوغ زودرس

✓ تماس با انواع طبیعی و صناعی مواد شیمیایی استروژنی مختل کننده اندوکراین

✓ در دختران نابینا منارک به طور واضح زودتر از دختران با قدرت بینایی رخ می‌دهد.

۳- خانم ۳۵ ساله با شکایت خونریزی نامنظم به صورت طولانی شدن مدت خونریزی ماهیانه و افزایش حجم خونریزی در هر سیکل، مراجعه کرده است. شایع‌ترین علت خونریزی نامنظم در این خانم کدام است؟

الف) هورمونی

ب) حاملگی

ج) فیبروم

د) پولیپ اندومتر

پاسخ: گزینه الف

نواک ۲۰۲۰

جدول ۳-۱۰ (علل خونریزی برحسب شیوع تقریبی و گروه سنی)



سؤالات و پاسخنامه فلوشیپ اختلالات

کف لگن سال ۱۴۰۴

۱- خانم ۵۰ ساله G3L3 با شکایت خروج توده از واژن مراجعه کرده است. بی‌اختیاری ادراری و اختلال در تخلیه ادرار و مدفوع ندارد.

در معاینه: Bp=- 1 cm, C=0, D=-3 cm, Ba=+3 cm, TVL=10 cm

POPQ و تست سرفه با اصلاح پرولاپس مثبت می‌باشد. کدام پساری برای اصلاح پرولاپس ارجح است؟

الف) Ring Incontinence

ب) Incontinence Dish with Support

ج) Gellhorn

د) Ring with Support

پاسخ: گزینه ب

منبع: فصل ۳۰ - نواک ۲۰۲۰

کیس مطرح شده Ba=+3 ← پرولاپس قدامی stage III دارد و با توجه به اینکه تست سرفه با اصلاح پرولاپس مثبت شده است مبتلا به SUI می‌باشد.

در نتیجه پساری مناسب جهت اصلاح در بین گزینه‌ها incontinence dish with support می‌باشد.

به شکل ۳۰-۱۱ فصل ۳۰ نواک و جدول ۲-۳۰ مراحل پرولاپس دقت کنید.

Table 30-2 Stages of Pelvic Organ Prolapse

Stage 0	No prolapse is demonstrated. Points Aa, Ap, Ba, Bp are all at -3 cm, and point C is between total vaginal length (TVL) and -(TVL-2 cm)
Stage I	The most distal portion of the prolapse is greater than 1 cm above the level of the hymen
Stage II	The most distal portion of the prolapse is less than 1 cm proximal or distal to the plane of the hymen
Stage III	The most distal portion of the prolapse is less than 1 cm below the plane of the hymen but no further than 2 cm less than the total vaginal length
Stage IV	Complete to nearly complete eversion of the vagina. The most distal portion of the prolapse protrudes to greater than (TVL-2) cm

From Bump RC, Mattiassion A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:10-17, with permission.



- ۲- در حین انجام سیستوسکوپی بعد از عمل جراحی رتروپوبیک کولپوساسپنشن در خانمی با بی‌اختیاری ادرار استرسی، متوجه ورود بخیه کولپوساسپنشن به مثانه می‌شوید. پارگی واضحی در مثانه رؤیت نمی‌شود. کدام اقدام صحیح است؟
- الف) تعبیه مجدد سوچور کولپوساسپنشن بدون توجه به سوچور قبلی
- ب) برداشت بخیه قبلی، خاتمه عمل و سوندگذاری طولانی مثانه
- ج) برداشت بخیه قبلی، تعبیه مجدد از محل صحیح
- د) باز کردن مثانه و ترمیم محل سوچور

پاسخ: گزینه ج

منبع: فصل ۳۷ - تلیندز ۲۰۲۴

رتروپوبیک کولپوساسپنشن:

گردن مثانه در نزدیکی دیواره واژینال اطراف مجرای ادراری قرار دارد و ممکن است هنگام انجام کولپوساسپنشن رتروپوبیک در بی‌اختیاری استرسی ادرار به مثانه آسیب ببینند.

بهتر است این عارضه حین انجام عمل مشخص شود چرا که تأخیر در تشخیص با عفونت مکرر، تشکیل سنگ و به ندرت فیستول همراه است.

* سیستوسکوپی با دید مستقیم برای رد کردن جسم خارجی در مجرای ادراری یا مثانه روش مناسب می‌باشد که در صورت تشخیص، امکان برداشتن بخیه و جایگزینی آن را فراهم می‌کند.

در صورت عدم وجود پارگی واضح در مثانه، ترمیم مثانه لازم نیست ممکن است تا مدتی بعد از عمل رفع فشار از مثانه مفید باشد، اما الزامی نمی‌باشد.

- ۳- در طی ساکروکولپوپیکسی شکمی با مش در خانمی با پرولاپس آپیکال کاف واژن، آسیب مثانه روی داده است. اقدام صحیح کدام است؟

- الف) بستن ساده مثانه و ادامه عمل
- ب) توقف عمل و سونداژ برای ۷-۱۰ روز
- ج) بستن مثانه با اینترپوزیشن بافت و ادامه عمل
- د) بستن ساده مثانه و عدم کارگذاری مش

پاسخ: گزینه ج

منبع: فصل ۳۷ - تلیندز

حین ترمیم پرولاپس شکمی، در صورت عدم استفاده از مش مصنوعی، بستن ساده مثانه کافی است. در صورت قرار دادن مش مصنوعی در ترمیم پرولاپس، برای به حداقل رساندن خطر آروزیون، بستن مثانه با اینترپوزیشن بافتی توصیه می‌شود.

در صورت ایجاد آسیب به مثانه لازم نیست عمل متوقف شود، بستن دقیق مثانه به اینترپوزیشن بافتی نیاز دارد، در صورت آسیب دیدگی مثانه که نیاز به ترمیم با بخیه و اینترپوزیشن بافتی می‌باشد، رفع فشار مثانه به مدت ۷ تا ۱۰ روز بعد از عمل توصیه می‌شود، یک سیستوگرام بعد از عمل به منظور رد کردن نشت مایع انجام می‌شود.