



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

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 با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد

تخصصی ۱۴۰۴ Berek & Novak's gynecology/ 16th edition/ Williams and Wikins/ 2020/ & Berek

زهرا حمیدی مدنی. پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مائده ناظم

تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.

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

۴۰۹۵۰۰۰ ریال 978-622-404-147-0

فیپا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب Berek & Novak's Gynecology /16th edition اثر جانانان برک است.

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 با پاسخ

تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Berek & Novak's Gynecology /16th edition ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا حمیدی مدنی

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: دکتر صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مائده ناظم

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم

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، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۸

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اروژنیکولوژی

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2025

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Berek & Novak's Gynecology 2020 /16th edition

ترجمه و تلخیص



دکتر زهرا حمیدی مدنی

رتبه برتر بورد سال ۱۳۹۹

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر مائده ناظم

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست مطالب



فصل ۲۹- دستگاه اداری	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۹	۴۵
فصل ۳۰- پرولاپس اعضای لگن	۶۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۰	۹۳
فصل ۳۱- اختلال عملکرد آنورکتال	۱۱۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱	۱۴۱

دستگاه ادراری

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 اندوپلوئیک، واژن و رحم قرار دارد. حاشیه‌های جانبی مثانه در مجاورت فاشیای اوبتراتور و فاشیا Arcus tendineus قرار دارد.

مثانه از ۳ لایه، مخاط، عضله عمدتاً صاف (دترسور) و سروژ 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.

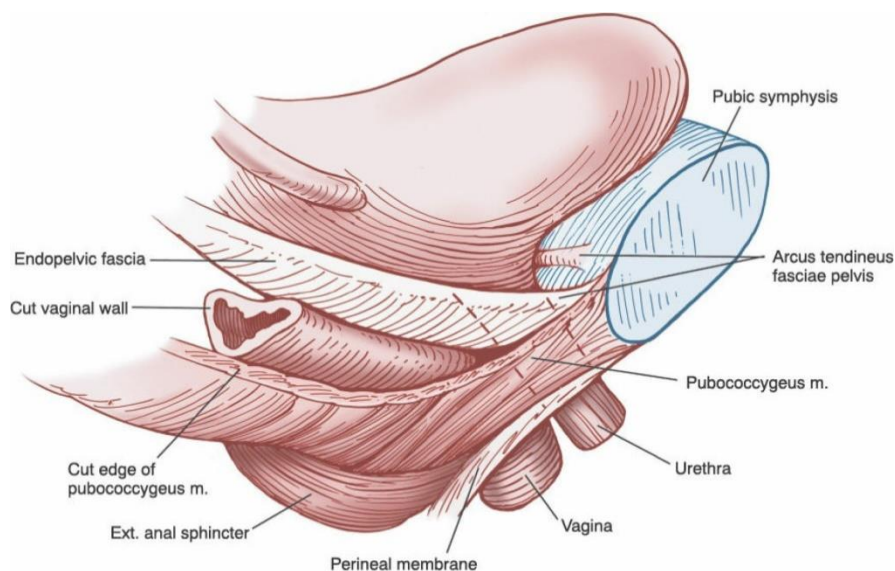


FIGURE 29-1 Lateral view of the pelvic floor showing the anatomic location of the bladder, urethra, vagina, and pelvic floor support structures transected at the level of the vesical neck.

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 پاراسپاینال 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 S_2 تا S_4 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. دستگاه عصبی سوماتیک، نقش ثانویه‌ای در دستگاه ادراری تحتانی بر عهده دارد. دستگاه عصبی سوماتیک از ناحیه ساکرال طناب نخاعی (S_2 تا S_4) در قالب عصب پودندال منشأ می‌گیرند و عصب‌دهی حرکتی به اسفنکتر پیشابراه و عضلات کف لگن و عصب‌دهی حسی به پرینه را عهده‌دار است.

مرکز ادرار کردن در مغز، pons در ساقه مغز است که توسط سیگنال‌های مراکز بالاتر مخچه و کورتکس مخ تنظیم می‌شود و نقش کلیدی در نگهداری و دفع ادرار دارند.

پرولاپس اعضای لگن

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 هیسترکتومی 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 هیسترکتومی، 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.

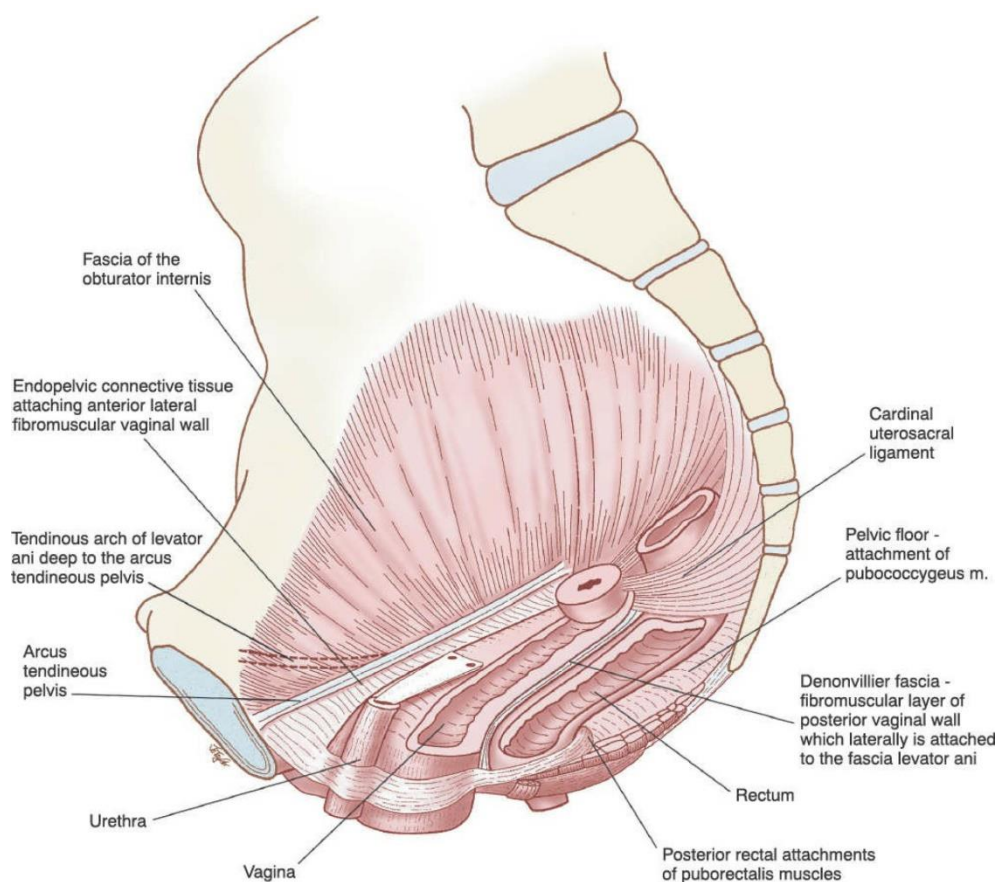


FIGURE 30-1 A sagittal view of the female pelvis with bladder and uterus removed (ureters, trigone, and cervix intact) illustrating anterior and posterior vaginal fibromuscular planes, their endopelvic fascial attachments, and a functional pelvic floor.

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 اندوپلوئیک و اتصالاتش به دیواره لگن و آپکس واژن (که باعث تشکیل کمپلکس کاردینال - یوتروساکرال) است. نقص این ساختمان‌ها می‌تواند باعث POP شود. حمایت رحم و واژن در سه سطح طبقه‌بندی می‌شود:

- (۱) سطح I: مربوط به کمپلکس رباط رحمی - خاجی / کاردینال که باعث تثبیت و حفظ طول و محور واژن می‌شود.
- (۲) سطح II: شامل اتصالات پاراواژینال بخش جانبی واژن و بافت همبند عضلانی - فیبری اندوپلوئیک که تاندون قوسی و فاشیای لواتور است که موقعیت واژن را در خط وسط حفظ می‌کنند.
- (۳) سطح III، مربوط به قسمت دیستال واژن است و از عضلات و بافت همبند احاطه کننده بخش دیستال واژن و پرینه تشکیل شده است.

اختلال عملکرد آنورکتال

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

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 پرستالتیک 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 مهار 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 (Continence):

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



عضلات پوبورکتاليس، 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 پوبورکتاليس، 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 پوبورکتاليس، 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 پوبورکتاليس از شاخه‌های ریشه ساکرال S₂-S₄ عصب می‌گیرد و عصب‌گیری مستقیمی از عصب پودندال دریافت نمی‌کند. EAS از طریق مجرای الکوک (Alcock) به صورت دوطرفه از عصب پودندال عصب می‌گیرد. رشته‌های عصب پودندال در سطح طناب نخاعی تقاطع می‌کنند و این مسأله باعث می‌شود در موارد آسیب یک طرفه، عملکرد EAS حفظ شود.

عملکرد تخلیه:

آغاز روند دفع، به طور طبیعی تحت کنترل قشر مغز قرار دارد. با ورود مدفوع به رکتوم، رفلکس مهاری آنورکتال تحریک می‌شود و ابتدا sampling، سپس تطابق صورت می‌گیرد. اتساع بیشتر رکتوم سبب احساس فوریت دفع مدفوع می‌شود. روند دفع مدفوع با شل شدن ارادی عضلات کف لگن (پوبورکتاليس و EAS) همراه با افزایش فشار داخل شکمی و فشار داخل رکتوم در اثر والسالوا رخ می‌دهد. در اثر این روند زاویه آنورکتال بازتر و مجرای مقعد کوتاه‌تر می‌شود و تخلیه مدفوع تسهیل می‌گردد. فعالیت پریستالتیک هماهنگ به تخلیه مدفوع کمک می‌کند. بعد از کامل شدن این روند، رفلکس انسداد آغاز می‌شود و به انقباض عضلات کف لگن و فعال شدن مکانیسم کنترل ارادی می‌انجامد.

اختلال عملکرد دفع مدفوع:

یبوست: واژه غیردقیقی است که بیماران از آن برای توصیف علائم متنوعی مانند کاهش دفعات دفع مدفوع، دیس شزی، زور زدن، تغییر قوام و قطر مدفوع، تخلیه ناکامل مدفوع، نفخ شکم، درد شکم استفاده می‌کنند.