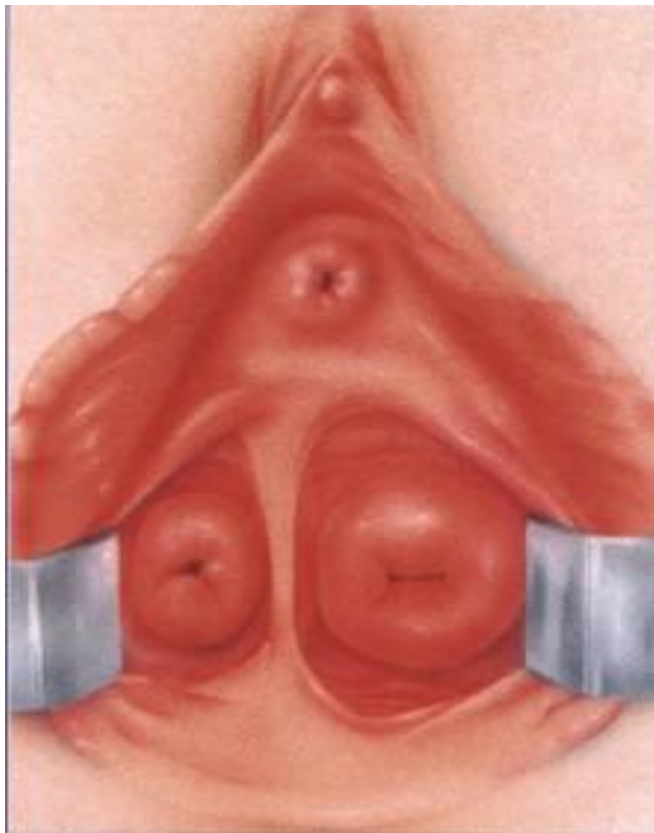


**«Неправильные положения  
и аномалии развития женских половых органов:  
причины, клиника, лечение, влияние на детородную  
функцию»**



**Подготовила: Сухенко М.М.  
*преподаватель высшей категории,  
преподаватель акушерства и гинекологии***

## **Повреждающие факторы, воздействующие на организм женщины:**

- радиация,
- интоксикации (алкоголь, курение, наркотики, вредные химические вещества),
- инфекционные заболевания матери (корь, краснуха, токсоплазмоз, туберкулез и др.),
- эндокринные заболевания матери (диабет),
- нерациональное питание, дефицит витаминов;
- лечение гормональными препаратами;
- стрессовые ситуации и психотравмы в период беременности;
- осложнения беременности и родов (гестозы),
- гипоксия плода, родовая травма ЦНС,
- генетические аномалии, наследственность,
- возрастные первородящие (старше 35 лет),
- биологическая неполноценность половых клеток.

**Эмбрио- и фетопатии** – это аномалии развития эмбриона и плода.

По срокам развития зародыша выделяют следующие периоды:

- бластогенез – с 1 по 15 день
- эмбриогенез – 16 – 75 дней (эмбрион)
- фетогенез – 76 – 280 дней (плод)

### **Аномалии развития девственной плевы и влагалища**

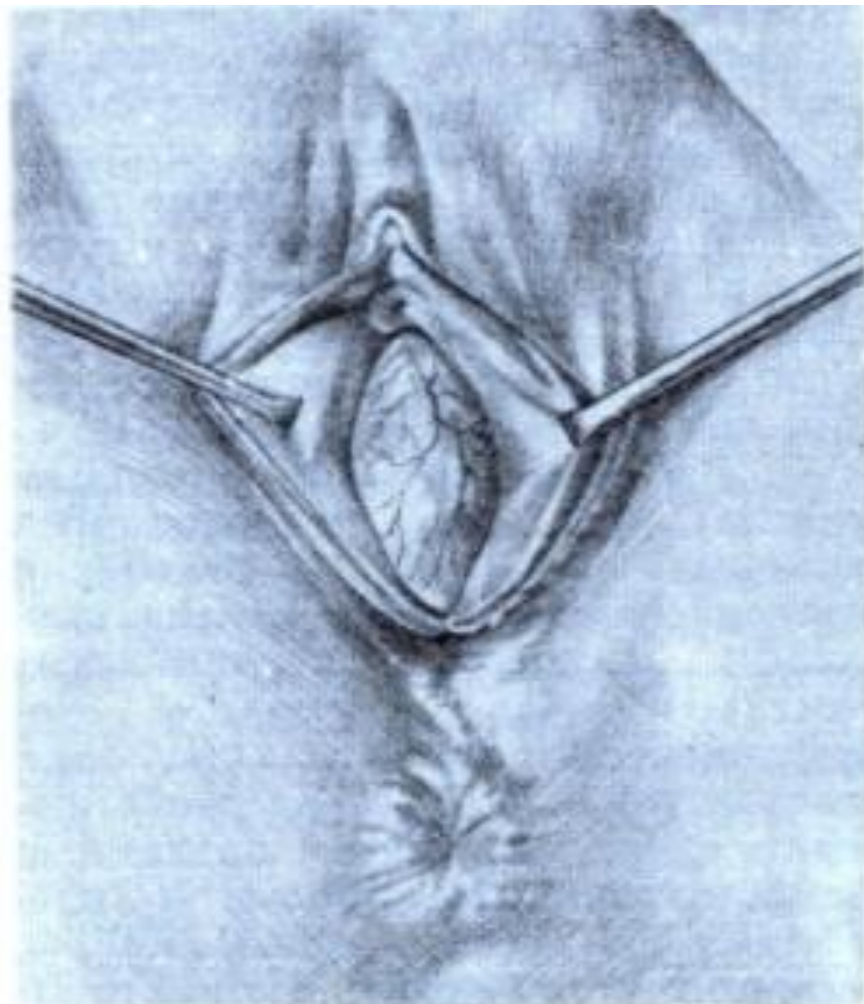
**Атрезия (заращение)** девственной плевы (*atresia hymen*) является одним из частых проявлений врожденных пороков развития или может формироваться в раннем детстве в результате местного воспалительного процесса.

## Клиника:

- периодические боли внизу живота при псевдоаменорее,
  - давление на прямую кишку.
- Разрыв *гематосальпинкса* вызывает обычно перитонеальные явления.

## Диагностика

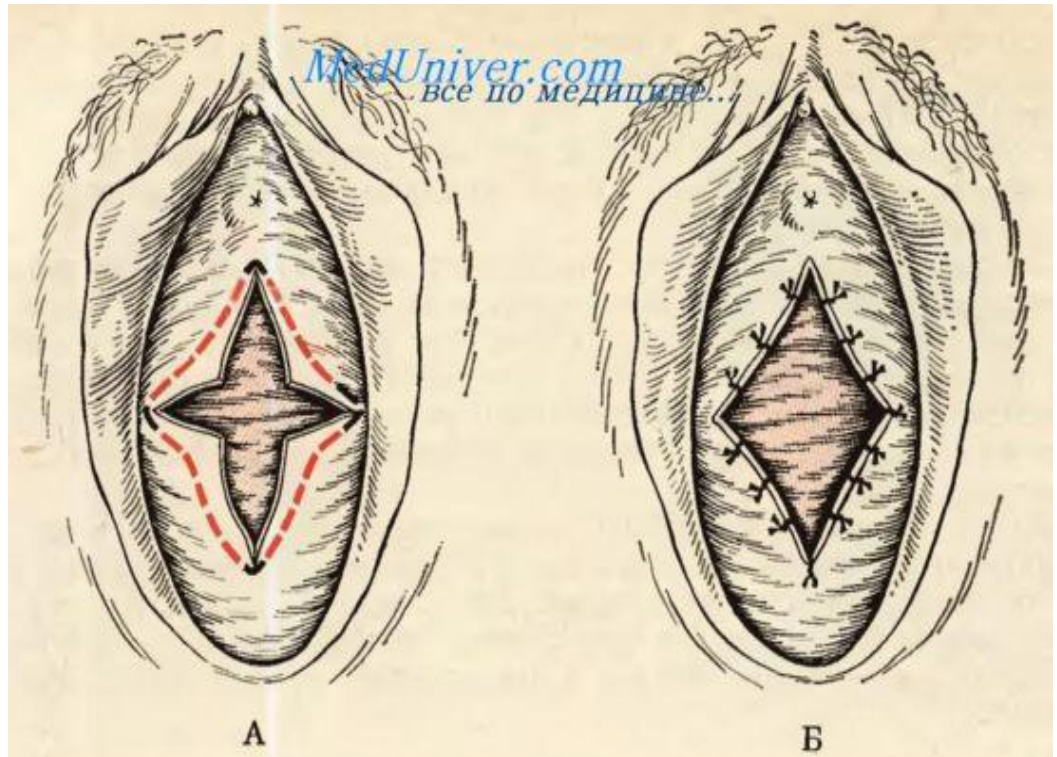
- Во время осмотра хорошо видна выпирающая плева синюшно-багрового цвета, отсутствие в ней отверстия.
- Ректоабдоминальное обследование.



**ЗАРАЩЁННАЯ ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА** (гимен),  
растянутая скоплением  
менструальной крови  
(гематокольпос).

**Лечение** заключается в обеспечении оттока крови, методом крестообразного рассечения девственной плевы.

Края разреза ушивают узелковыми кетгутовыми швами.



## Пороки развития влагалища

К числу наиболее частых пороков развития влагалища относятся:

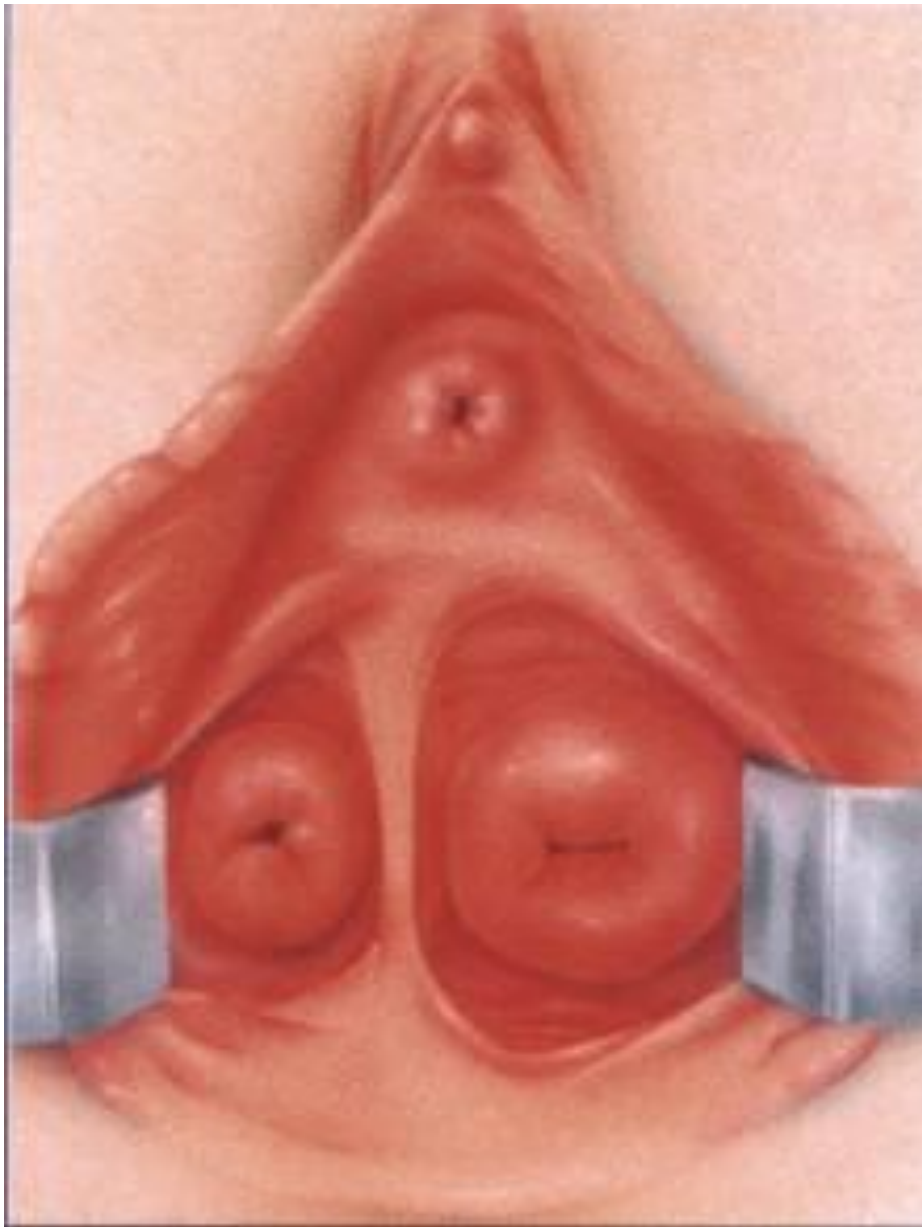
- наличие влагалищной перегородки,
- частичная или полная **атрезия** влагалища,
- значительно реже — его **аплазия (врожденное отсутствие)**.

Перегородка обычно располагается в *продольном направлении* и может иметь различную толщину и протяженность.

Различают *полную перегородку (vagina septa)*, т. е. такую, когда она доходит до свода влагалища, или *неполную*, при которой влагалище делится на две части только в определенном его отделе (нижнем, среднем, верхнем).

Влагалищная перегородка реже располагается в *поперечном направлении* и делит влагалищный канал как бы на два этажа.

Хирургическое **лечение** проводится только в том случае, если перегородка препятствует нормальной половой жизни.



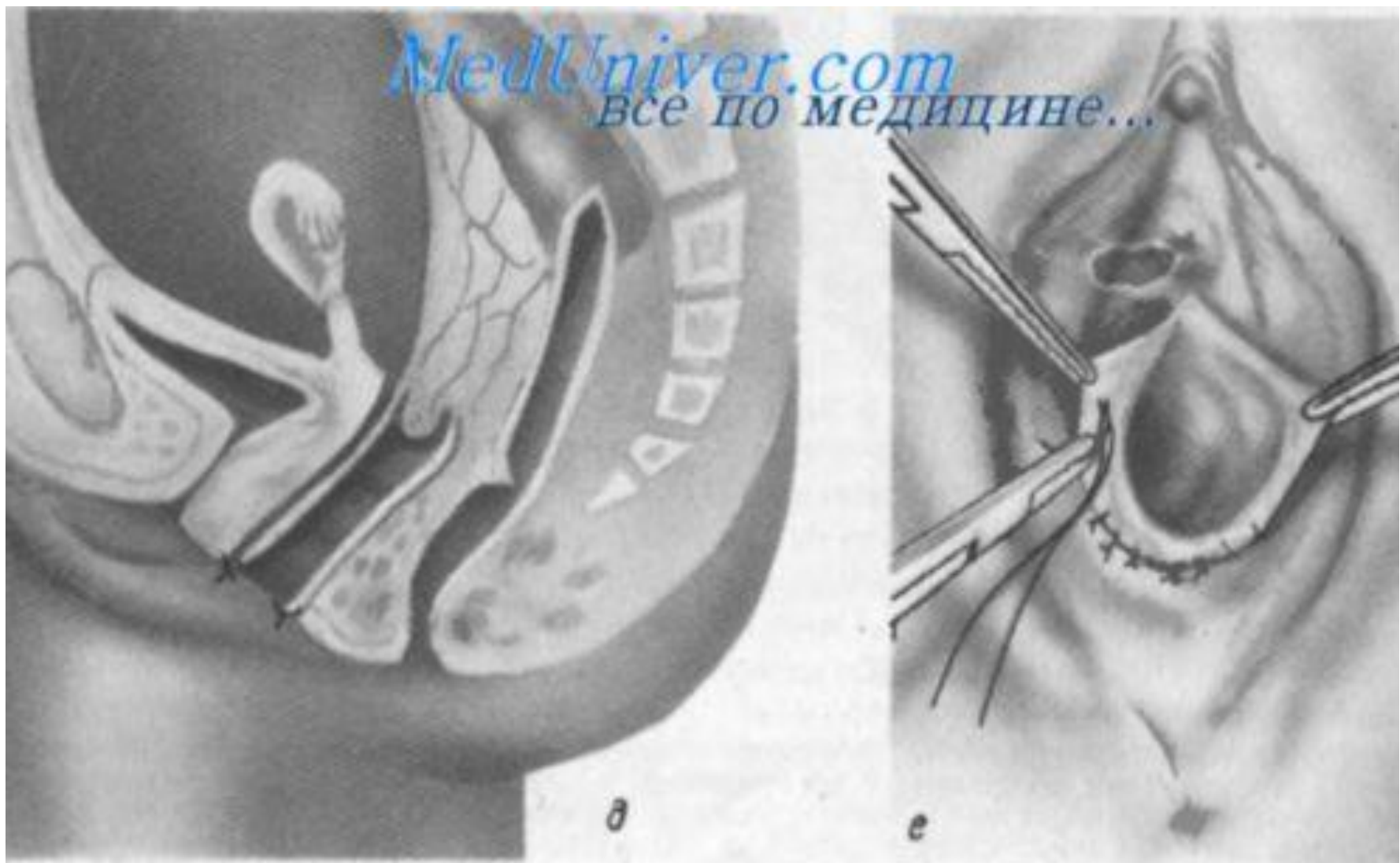
***Атрезия влагалища (заращение — atresia vaginae)*** чаще всего формируется в период внеутробной жизни вследствие различных воспалительных процессов, проходящих незаметно в раннем детстве.

В половозрелом периоде у женщин вторичная атрезия влагалища нередко является следствием тяжелых послеродовых заболеваний или операционной травмы.

***Отсутствие влагалища (aplasia vaginae)*** представляет собой врожденный порок развития и может сочетаться также с отсутствием матки, дистопией почек, подковообразной почкой, отсутствием почки и др.

- **Лечение:** *При атрезии* влагалища производят рассечение рубцов и перегородок.
- *При аплазии* влагалища используют хирургические методы лечения (создание искусственного влагалища с использованием сигмовидной кишки, тазовой брюшины).





Формирование влагалища из прямой кишки

## Аномалии развития матки

Аномалии развития матки встречаются у 1% женщин.

*Все пороки развития матки делятся на три группы:*

- с отсутствием менструации и невозможностью половой жизни — при аплазии матки и влагалища;
- с нарушением оттока менструальной крови (полным или частичным), образованием гематокольпоса, гематометры;
- без нарушения оттока менструальной крови.

**Внутренние половые органы женщины в норме и при некоторых пороках развития матки и влагалища**

а - норма (1 - влагалище, 2 - яичник, 3 - маточная труба, 4 - матка);

б - аплазия матки и влагалища (отсутствие матки и влагалища);

в — удвоение матки и влагалища;

г — двурогая матка с одной шейкой;

д - двурогая матка с двумя шейками;

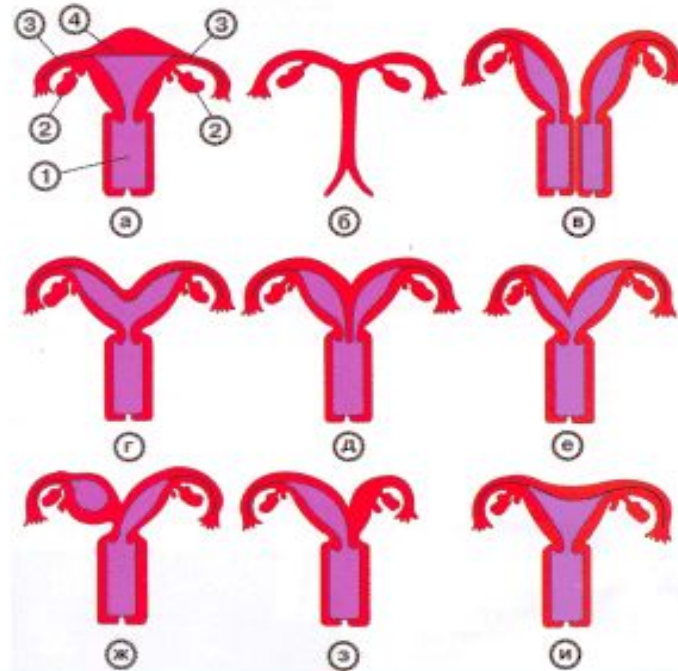
е - двурогая матка с неравномерно развитыми рогами;

ж - двурогая матка с функционирующим замкнутым рогом;

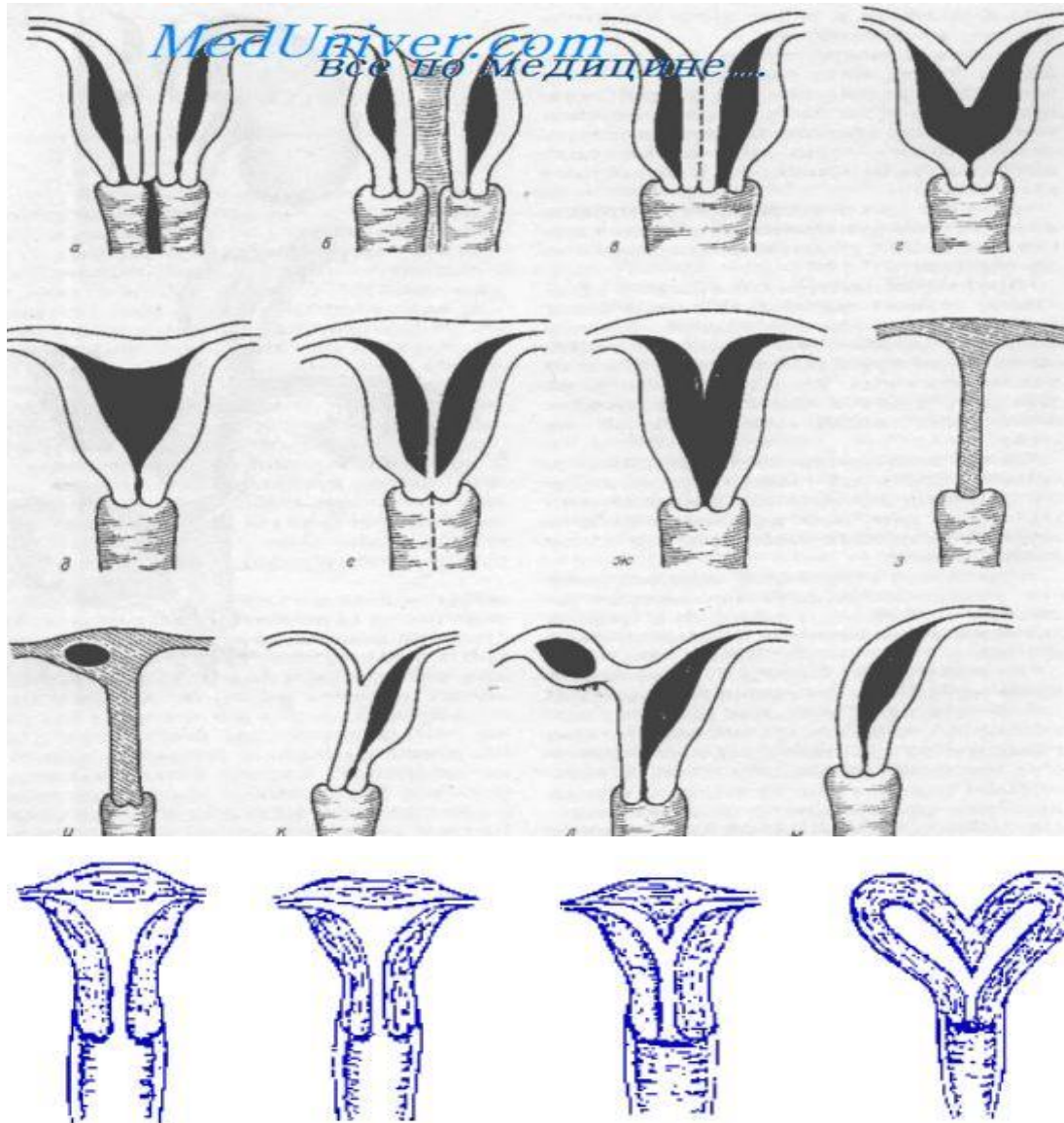
з — двурогая матка

с атрезированным левым рогом;

и - седловидная матка.



# Аномалии развития матки



Нормальная  
форма матки

Седловидная  
форма матки

Перегородка в  
полости матки

Двурогая форма  
матки



- Самая распространенная аномалия строения – это **седловидная матка** .  
Дно такой матки не выпуклое, а вдавленное внутрь, при этом в поперечном направлении матка немного расширена, а рога плохо выражены.
- При незначительном изменении формы препятствий для вынашивания ребенка нет, но если дно матки вдавлено сильно или в полости дополнительно присутствуют перегородки, могут возникнуть проблемы с прикреплением плодного яйца, а впоследствии отслойка плаценты.



- **Двуорогая матка** имеет две полости, соединяющиеся в середине матки (неполная форма) или в районе шейки (полная двуорогость). В некоторых случаях при двуорогой матке возникают нарушения репродуктивной функции – дисменорея, сильные кровотечения и боли, бесплодие или самопроизвольные прерывания беременностей.
- При тотальном разделении образуются две самостоятельные полости, сходящиеся только в самом низу. Из-за этого при беременности существует сначала угроза выкидыша, затем преждевременных родов, слабость родовой деятельности, может открыться кровотечение.
- При двуорогой матке повышен риск и других осложнений беременности – низкой плацентации, сдавливания ребенка, фетоплацентарной недостаточности, неправильного предлежания плода.



- **Полное удвоение матки**
- При этой аномалии имеются две полости матки, каждая из которых может иметь собственную шейку и влагалище, соответственно, у женщины две шейки матки и два влагалища.
- Это очень редкий случай, и способность зачать при такой аномалии сохраняется.

## Диагностика

- Осмотр в зеркалах.
- Зондирование матки.
- Бимануальное обследование.
- Гистеросальпингография (ГСГ) .
- Гистероскопия.
- Лапароскопическое обследование.
- Трехмерное ультразвуковое исследование позволяет выявить патологии строения.
- Может быть использована магнитно-резонансная томография (МРТ).
- КТ



- **Лечения** требуют только те аномалии, при которых нарушается нормальный отток крови из полости матки.
- При седловидной, однорогой матке и т.д. никакой коррекции не проводят.
- При двурогой матке показанием для лечения хирургическим способом становятся постоянные аборты.
- При наличии внутриматочной перегородки или двурогой матки, являющихся причиной бесплодия, проводится соответствующая операция.



## Аномалии развития яичников

Аномалии развития яичников могут встречаться в виде:

- отсутствия одного из яичников,
- дизгенезии гонад и
- склерокистозных яичников.

### Синдром склерокистозных яичников (СКЯ), синдром Штейна-Левенталя

заключается в замещении яичниковой ткани соединительной и нарушении синтеза половых гормонов.

В результате *выработки большого количества мужских половых гормонов* (андрогенов) у больной развивается избыточное оволосение и нарушается менструальная функция, чаще всего в виде аменореи или гипоменструального синдрома.

У таких больных определяются увеличенные яичники при хорошо развитых вторичных половых признаках.

## **Диагноз :**

типичные жалобы больной

влажалищное гинекологическое исследование

(двустороннего увеличения яичников).

рентгенография органов малого таза,

УЗИ,

лапароскопия,

тесты функциональной диагностики,

проба с дексаметазоном (1 мг препарата 2 раза в день в течение 3-5 дней), при которой обнаруживают снижение концентрации 17-кетостероидов в моче.

## **Лечение** может быть

- консервативной (гормональные препараты),
- оперативной (клиновидная резекция яичников
- или термокаутеризация гонад во время лапароскопии).

## Неправильные положения матки и влагалища

Нормальным (типическим) положением условно принято считать положение половых органов у здоровой женщины в детородном возрасте, находящейся в вертикальном положении, после опорожнения мочевого пузыря и дефекации.

При этих условиях *матка располагается* в центре малого таза на равном расстоянии от симфиза и крестца, а также от боковых стенок таза. Дно матки, обращенное кпереди и кверху, не выходит за пределы плоскости входа в малый таз. Наружный зев шейки матки, обращенный книзу и кзади, не выходит за пределы интерспинальной линии.

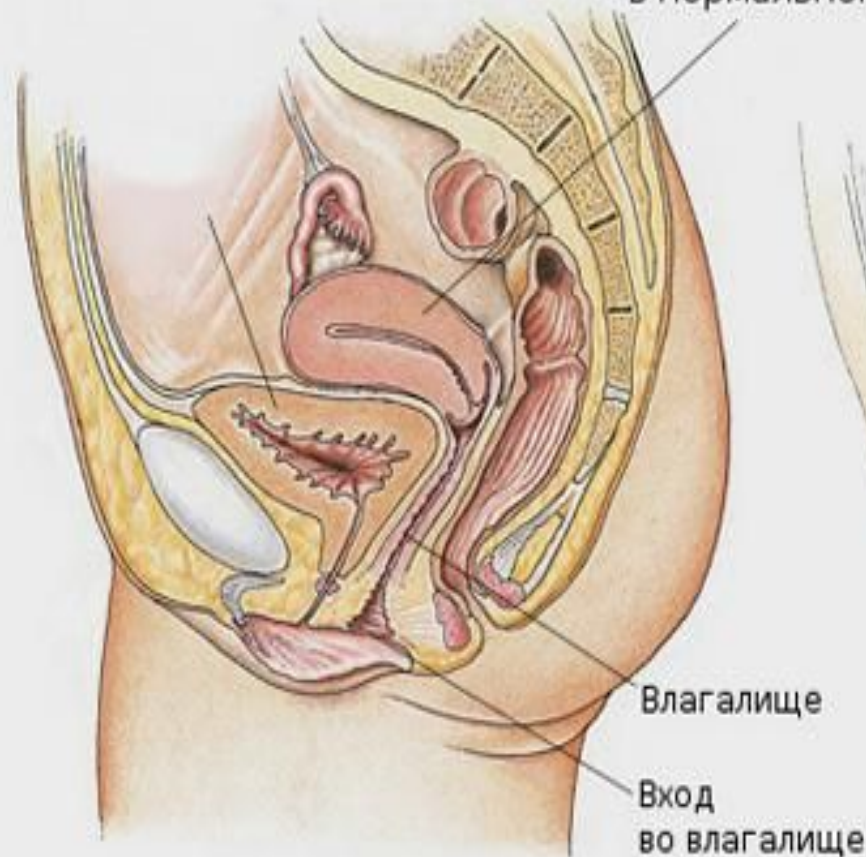
Таким образом, типическим положением матки является **anteflexio, anteversio** (тупой угол между телом и шейкой матки обращен к лону).

Нормальному положению матки способствует ее подвешивающий, поддерживающий и фиксирующий аппарат (связки матки, мышцы и фасции тазового дна).

- При двуручном исследовании матку можно сместить в известных пределах вверх, вниз, кпереди, кзади, вправо и влево, но она вновь возвращается в исходное положение.
- Следовательно, физиологический характер подвижности матки определяется тем, что после смещения она неизменно возвращается в исходное, типичное положение.

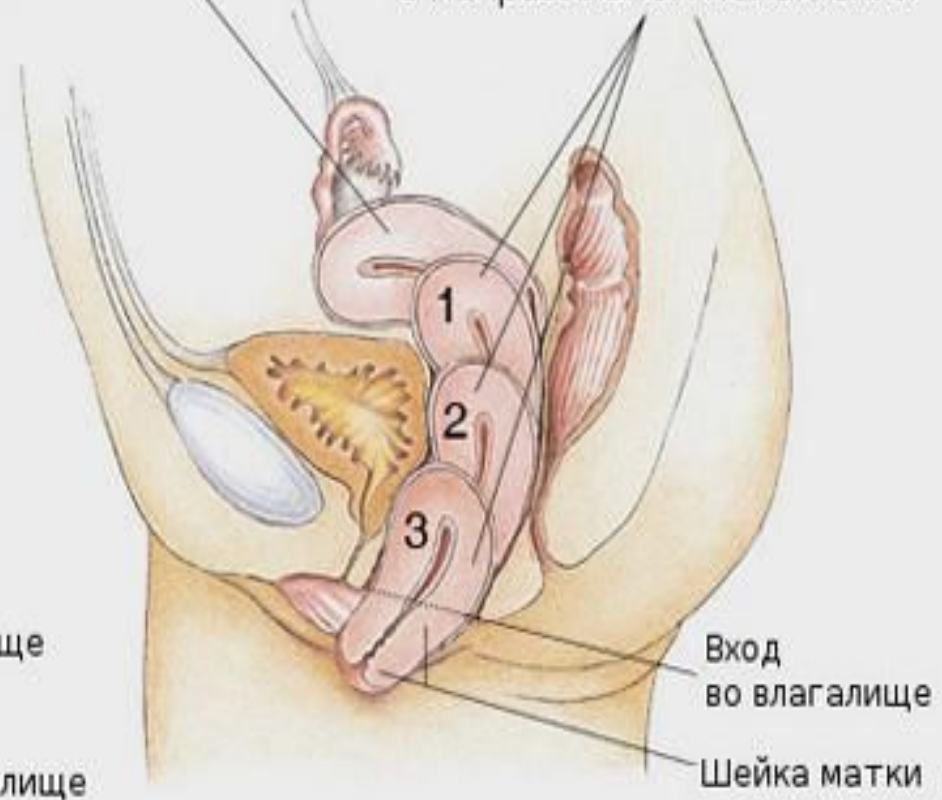


Матка  
в нормальном положении



Нормальное состояние

Матка  
в неправильном положении



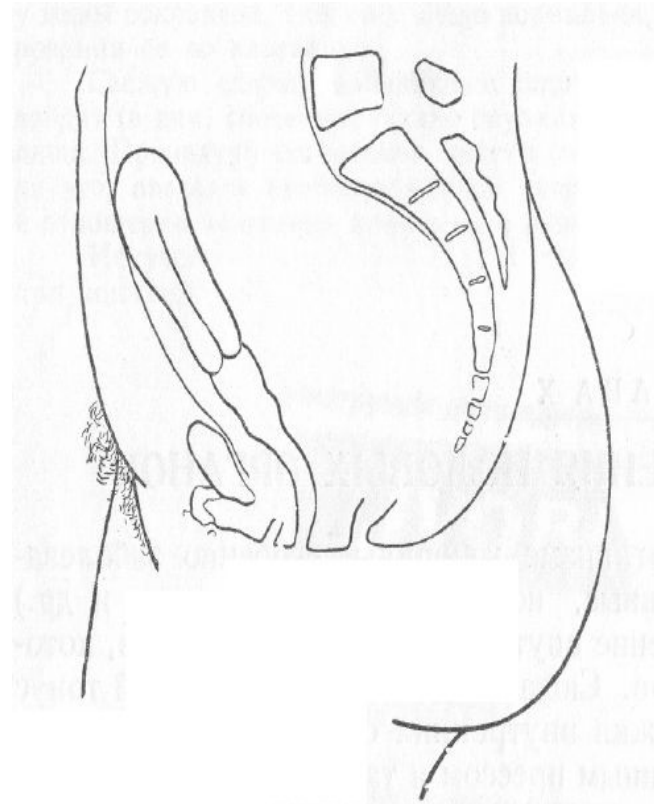
Опушение и пролапс матки

## Различают следующие аномалии положения матки

I. *Смещение матки целиком в полости таза (dispositio) по вертикальной или горизонтальной плоскости.*

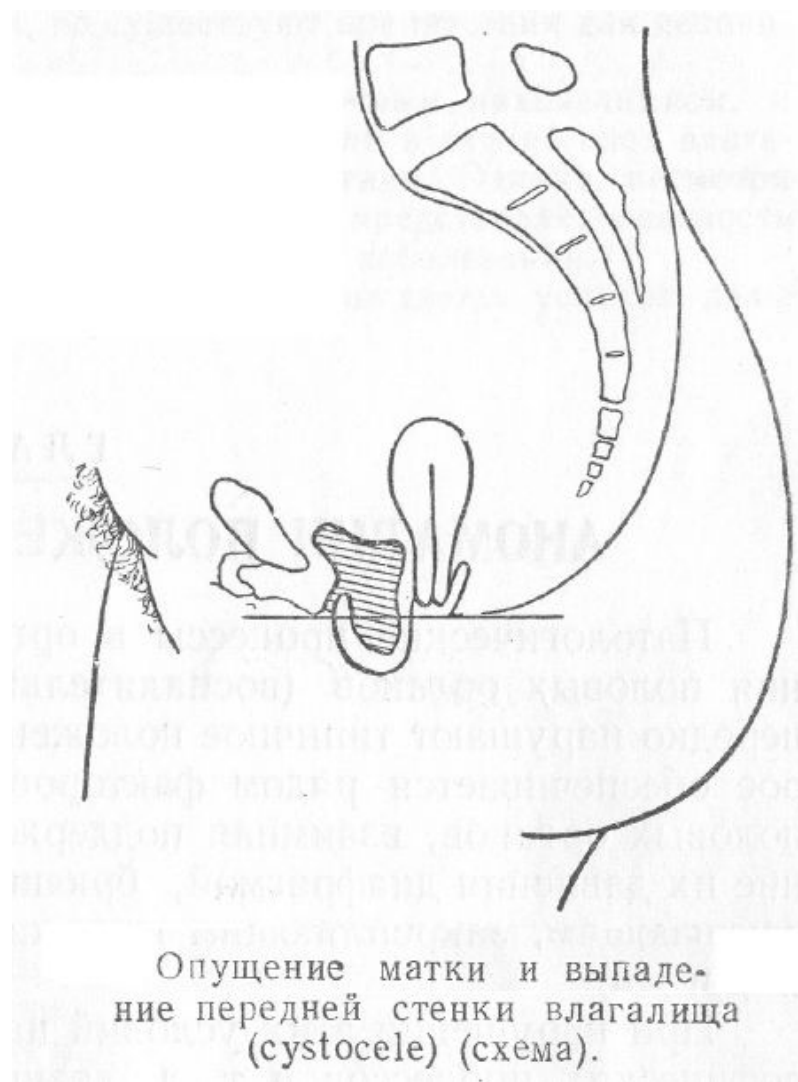
Смещение матки *по вертикальной плоскости* может происходить вверх или вниз.

При этом различают **приподнятые матки (elevatio uteri)** — матка смещена кверху, дно ее располагается выше плоскости входа в малый таз, наружный зев шейки матки выше интерспинальной линии, шейка достигается с трудом или не достигается при влагалищном исследовании.



Приподнятие матки: фиксация матки к брюшной стенке после кесарева сечения (схема).

**Опущение матки (descensus uteri)** — вся матка опущена книзу, влагалищная часть шейки матки находится ниже интерспинальной линии, но не выходит за пределы половой щели даже при натуживании.



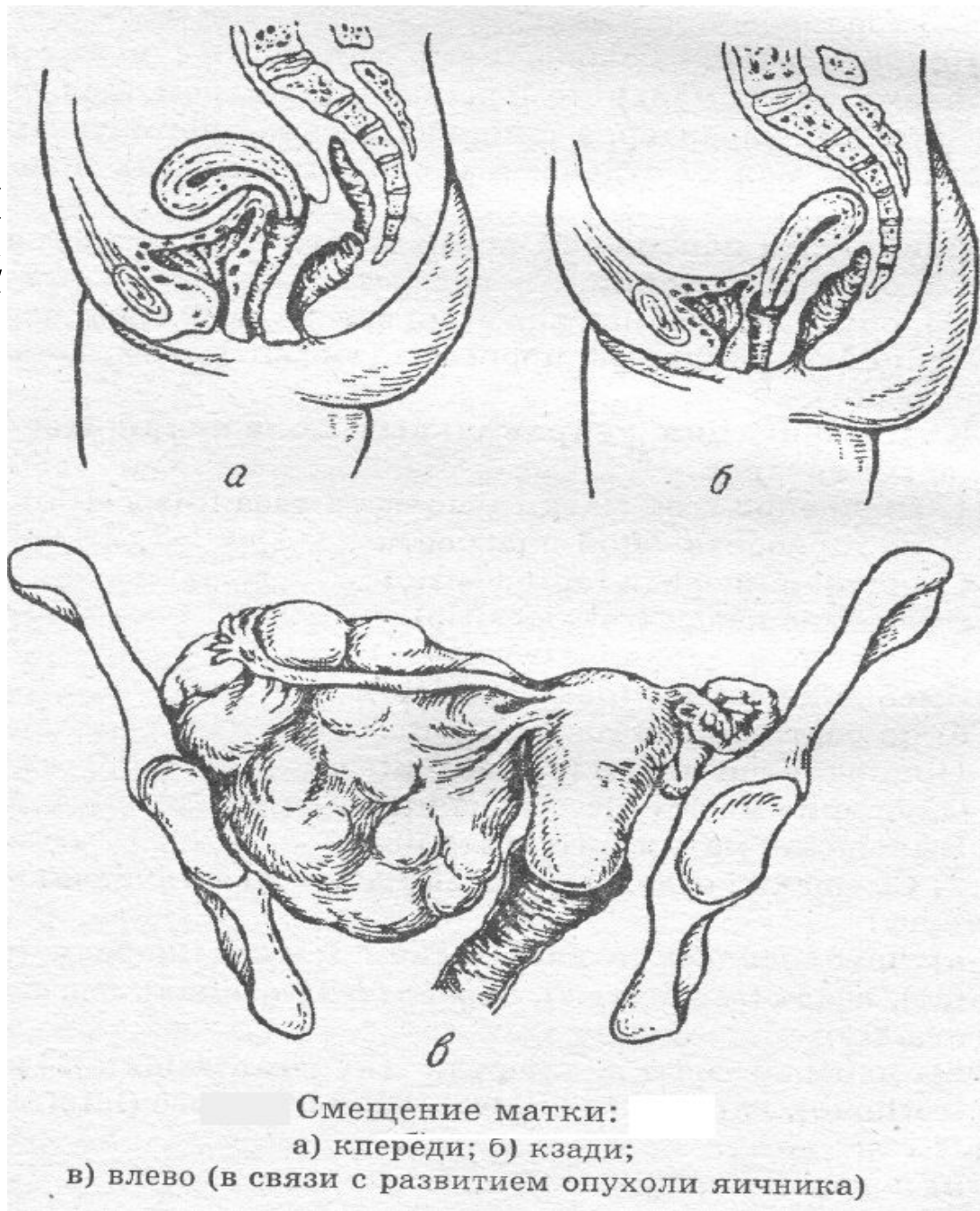
**Выпадение матки**  
**(prolapsus uteri)** — при  
натуживании или без него  
матка частично или  
полностью выходит за  
пределы половой щели.





**Смещение матки по горизонтальной плоскости** может происходить:

- **Кпереди** (*antepositio*),
- **кзади** (*retropositio*),
- **влево** (*sinistropositio*),
- **вправо** (*dextropositio*).



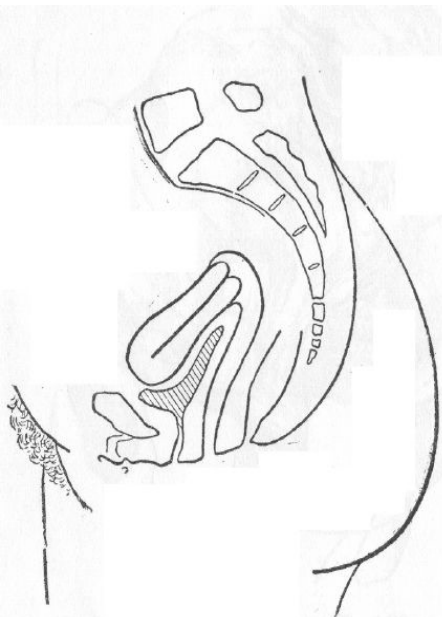
## 2. *Смещение отделов или слоев матки по отношению друг к другу.*

Различают **патологические наклоны матки (versio uteri)**.

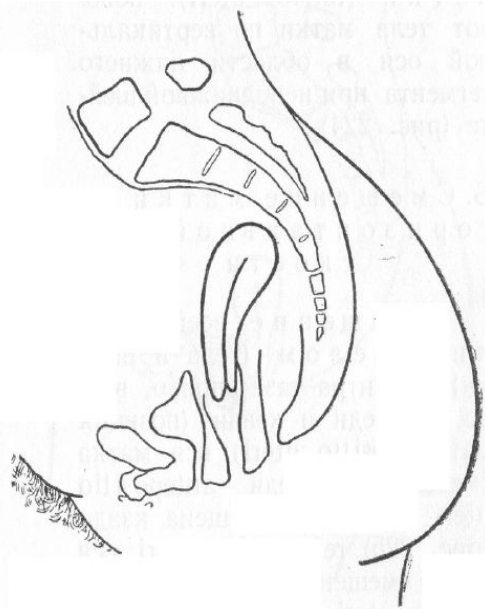
Тело матки при этом смещается в одну сторону, а шейка матки — в противоположную. Причем между телом и шейкой угла нет, матка выпрямлена.

Из патологических наклонов следует отметить:

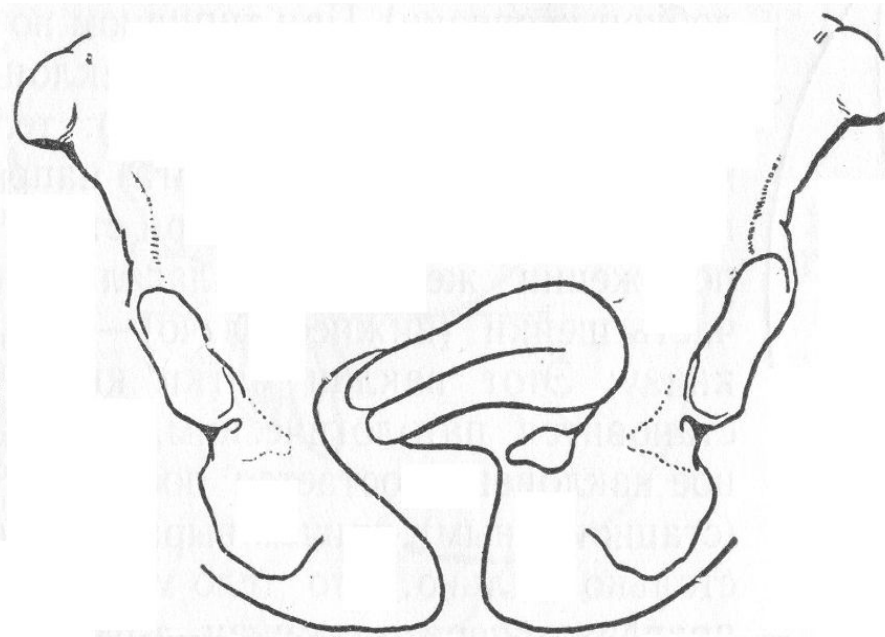
- ***anteversio***, которое отличается от физиологического степенью наклона продольной оси матки впереди: тело матки направлено кпереди и книзу, а шейка матки — кзади и кверху;
- ***retroversio*** — тело матки наклонено кзади и книзу, а шейка матки — кпереди и кверху;
- ***dextroversio*** — ***тело*** матки наклонено вправо и кверху, а шейка матки влево и книзу;
- ***sinistroversio*** — тело матки наклонено влево и кверху, шейка матки — вправо и книзу.



Патологическое наклонение  
матки кпереди (схема).



Наклонение матки кзади  
(схема).

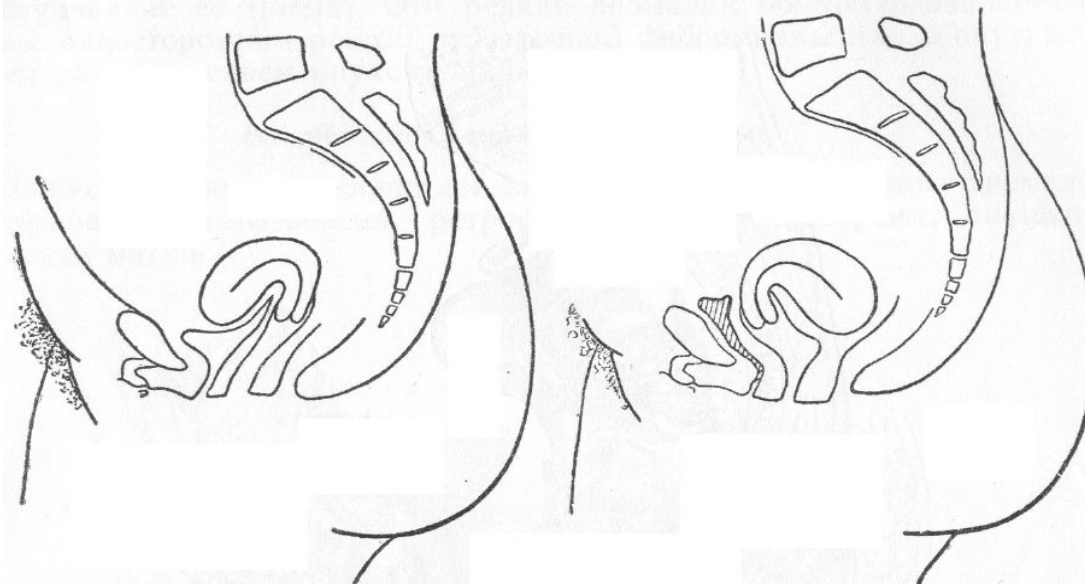


Наклонение матки влево (схема).

**Перегиб матки (flexio uteri)** отличается от физиологического изгиба матки тем, что *между телом матки и шейкой матки образуется острый угол.*

Направление этого угла может быть:

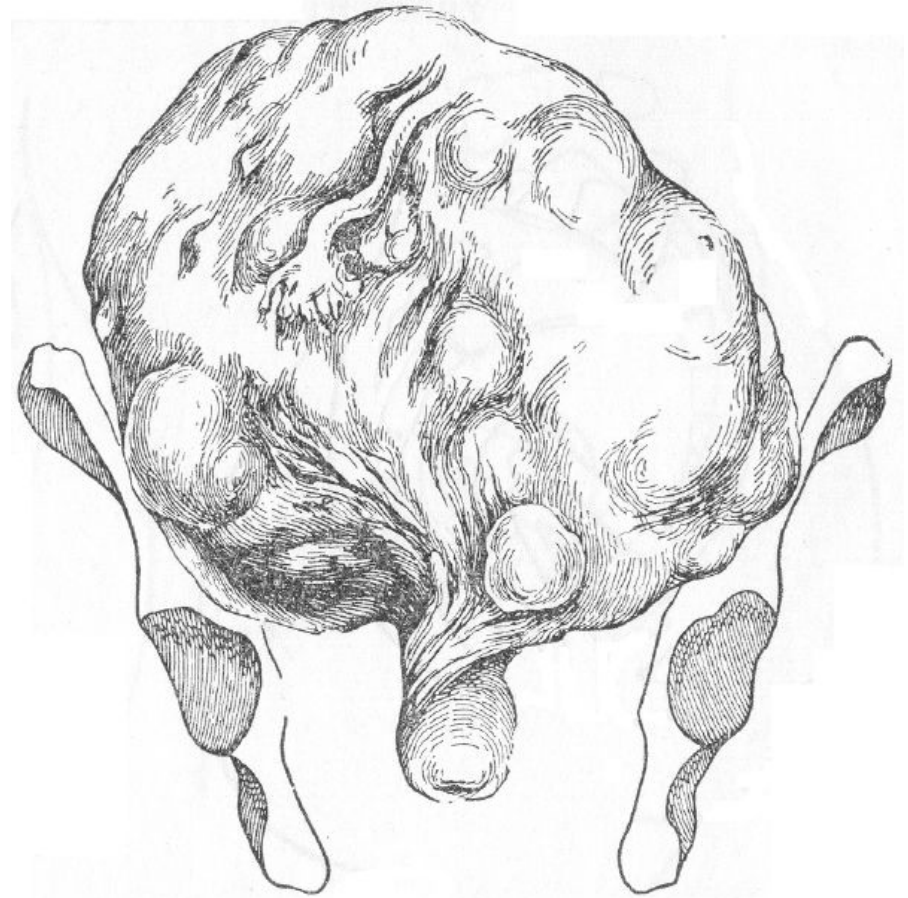
- кпереди (hyperanteflexio uteri),
- кзади (retroflexio uteri),
- вправо (latero-flexio dexfra),
- влево (lateroflexio sinistra).



Патологический перегиб  
матки кпереди (схема).

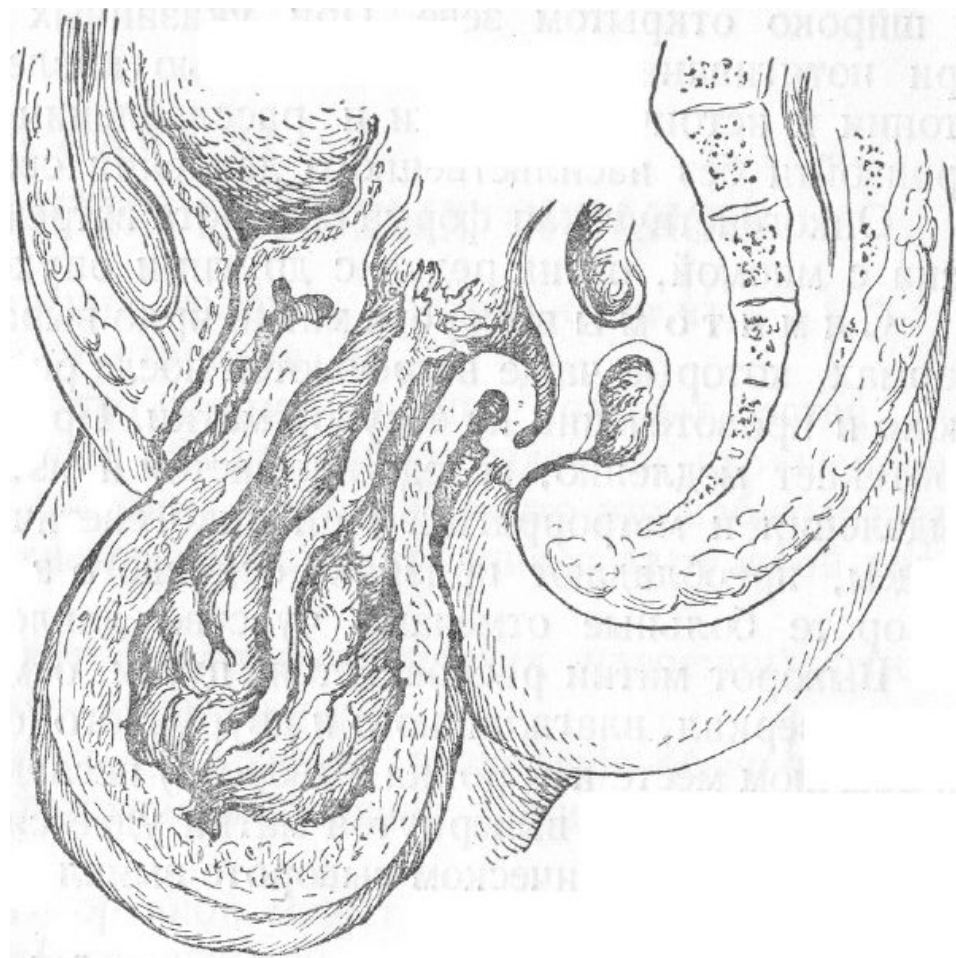
Перегиб матки кзади  
(схема).

К смещениям отделов матки следует отнести поворот матки и даже ее перекручивание (*torsio uteri*) при неподвижной шейке матки.



Перекручивание матки.

Различают также **выворот матки (inversio uteri)**, при котором слизистая оболочка матки обращена наружу, а брюшинный покров — **внутри**.



Выворот матки.

## **Причины аномалий положения матки:**

- вследствие патологических процессов в малом тазу (воспалительные заболевания),
- опухоли, локализующиеся в параметральной клетчатке, придатках матки, тазовой брюшине;
- выпот, воспалительные инфильтраты, абсцессы;
- рубцовые изменения в малом тазу (в результате воспалительных процессов или после оперативных вмешательств);
- опухоли матки и яичников могут приводить к ее перекручиванию,
- инфантилизм и гипоплазия половых органов,
- врожденная слабость крестцово-маточных связок.

**Клинические симптомы** таких аномалий связаны с заболеванием, вызвавшим их появление.

Для патологических перегибов и наклонов матки характерны: боли в пояснично-крестцовой области, болезненность при половом акте, иногда болезненное мочеиспускание, запоры, возможны расстройства менструальной функции в виде обильных, длительных и болезненных менструаций, бели.

Нередко наблюдаются бесплодие, невынашивание беременности.

Однако перечисленные аномалии могут протекать и бессимптомно.

### **Диагностика.**

Диагноз может быть поставлен после гинекологического исследования, после проведения дополнительных методов исследования.



## **Опущение и выпадение матки и стенок влагалища**

Эти аномалии положения половых органов встречаются наиболее часто.

К причинам опущения и выпадения матки и стенок влагалища относятся:

- ослабление мышц передней брюшной стенки,
- нарушение строения и функции мышц тазового дна (в результате разрыва промежности в родах),
- возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна.



Обычно опущение стенок влагалища начинается с передней стенки. Передняя стенка влагалища опускается и увлекает за собой стенку мочевого пузыря, образуется **грыжевое выпячивание (cystocele)**.

Опущение и выпадение задней стенки влагалища нередко влечет за собой опущение передней стенки прямой кишки, при этом образуется **грыжевое выпячивание ее (rectocele)**.

Стенки влагалища тянут за собой шейку матки, которая значительно **удлиняется (elongatio colli uteri)**.

Связочный аппарат матки постепенно ослабевает, к возникают опущение и выпадение матки.

## **Клиническая картина**

Опущение и выпадение матки и влагалища характеризуются затруднениями при ходьбе, появлением чувства тяжести и болей в области крестца, нарушением функции соседних органов.

Наиболее часто больные жалуются на учащенное, болезненное мочеиспускание, недержание мочи при напряжении (кашель, смех), запоры.

При полном выпадении матки может возникать затруднение при мочеиспускании вплоть до острой задержки мочи (перегиб и сдавление уретры), нередко осложняющейся восходящей инфекцией мочевых путей.

Трудоспособность у таких больных снижена, особенно при физической работе. Выпавшие стенки влагалища и шейки матки становятся сухими, грубыми, мозолистыми, иногда образуются кровоточащие **трофические язвы (пролежни)**.

## **Диагностика.**

Установление диагноза не представляет трудностей и основано на данных осмотра и пальпации грыжевого мешка.

## **Лечение.**

При неправильных положениях матки и влагалища лечение необходимо не всегда. При бессимптомном течении лечение практически не требуется.

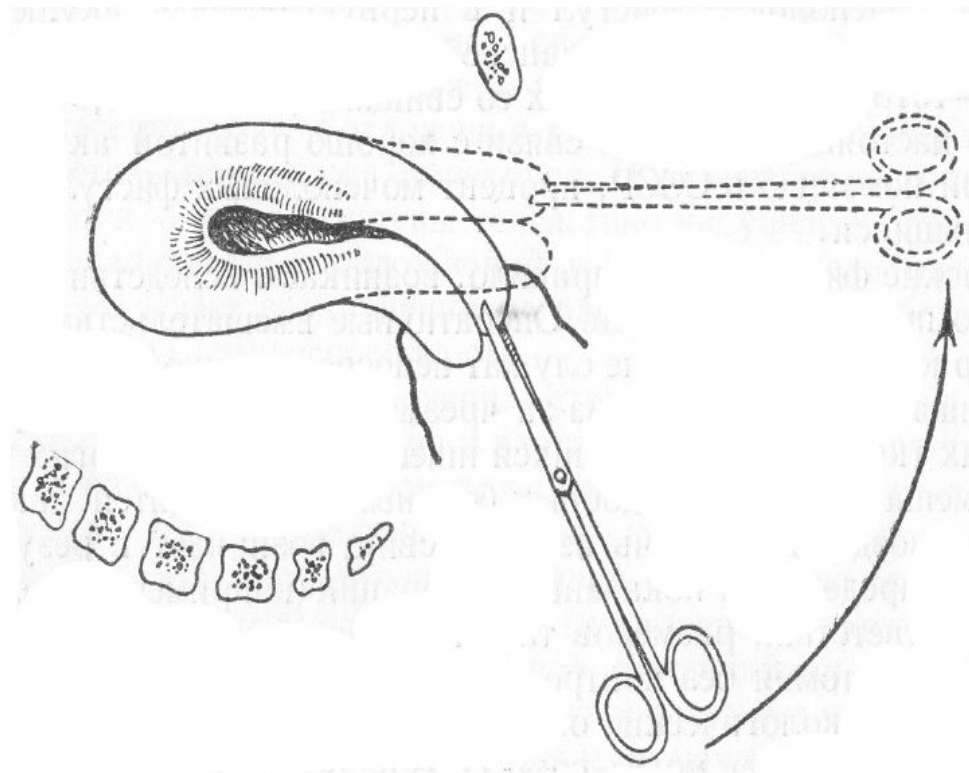
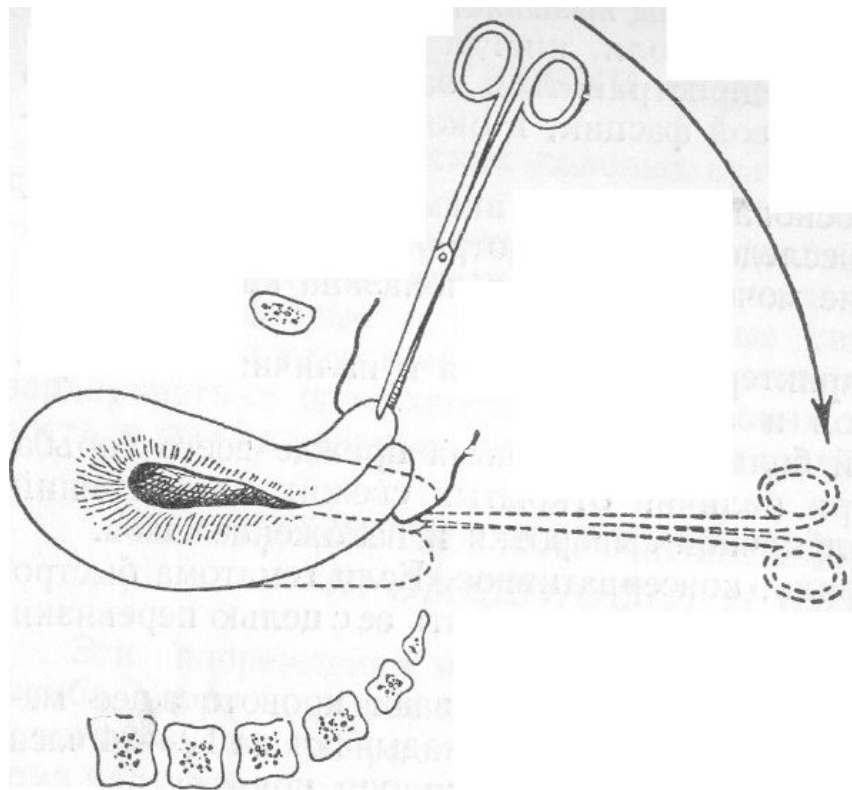
При патологических перегибах и наклонениях матки проводится лечение патологического процесса, вызвавшего смещение половых органов (*физиотерапия, грязелечение, гинекологический массаж с перемещением матки в правильное положение и др.*).

Важным является своевременное лечение воспалительных заболеваний, профилактика рубцово-спаечных процессов в малом тазу.

Для удержания матки в нормальном положении после выведения из ретрофлексии применяют **пессарии**.

**Консервативное лечение** заключается прежде всего в лечении трофических язв. Обрабатывать выпавшие стенки влагалища и шейки матки следует антисептическими растворами (растворы фурацилина, перманганата калия, перекиси водорода) и стерильным материалом.

# Выпрямление матки при анте- и ретрофлексии:



## **Профилактика.**

- Полезно нормализовать или хотя бы снизить вес тела.
- Избегайте запоров, увеличьте в рационе количество продуктов с высоким содержанием клетчатки.
- Используйте гимнастику Кегеля, позволяющую укрепить мышцы тазового дна.
- Избегайте переноса тяжестей и любого перенапряжения.



## Основные упражнения классической гимнастики для поддержания тонуса мышц, удерживающих матку.

1. Ходьба. При данной проблеме, нужно много ходить, это позволяет постепенно накачать необходимую группу мышц, и вызывает малые усилия в малом тазе, что очень важно.

2. Старайтесь чаще или даже специально подниматься по ступенькам. Можно даже соорудить импровизированную ступеньку, и подниматься на неё, потом спускаться в определённом ритме.

3. Делайте велосипед, лёжа на спине, это также отлично поможет при опущении матки. Если проблема не в критической фазе, то можно использовать и обыкновенный велосипед или тренажёр данного типа.

4. Отлично подходит для данных целей комплекс упражнения направленный на развитие ягодиц. В частности поднятие таза с согнутыми в коленях ногами и упором в пол, поднятие таза с ногами под углом к полу.

5. Великолепно действует плавание.



**Следите за своим здоровьем и будьте здоровы!**



**Ваши вопросы ?**



**Спасибо за внимание!**