



ГОУ ВПО УГМУ Минздравсоцразвития
кафедра акушерства и гинекологии
профессор Обоскалова Т.А., профессор
Коновалов В.И.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Екатеринбург 2016

Определение.

К аномалиям развития женских половых органов относятся врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде:

- **незавершенного органогенеза;**
- **отклонения величины, формы, пропорций, симметрии, топографии;**
- **наличие образований, не свойственных женской особи в постнатальном периоде.**

Эпидемиология

В последние 5 лет отмечено 10 кратное увеличение частоты пороков развития половых органов у девочек.

4% от всех врожденных аномалий развития составляют пороки развития женских половых органов. (Толмачевская, 1976)

3,2% гинекологических больных составляют женщины с пороками развития гениталий.

6,5% девочек с гинекологической патологией имеют пороки развития гениталий.

1 случай на 4000–5000 новорождённых девочек составляет частота аплазии влагалища и матки.

Эпидемиология

- **3,9 - 12,4 % количество соответствующих больных в высококвалифицированных специализированных учреждениях по отношению ко всем детям, поступившим в гинекологическое отделение.**
- **0,9% выявляется аномалий развития половых органов во время массовых осмотров женщин**

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- ▣ **ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ.**
 - ▣ **ПО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ**
 - ▣ **ПО ВРЕМЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТЕРАТОГЕННОГО ФАКТОРА**
- ▣ **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ**

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

- Наследственные**
- Экзогенные**
- Мультифакторные**

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПОРОКИ

- Гаметические мутации.
- Зиготические мутации

По уровню мутации:

- ✓ Генные
- ✓ Хромосомные

ЭКЗОГЕННЫЕ ПОРОКИ

- Пороки, обусловленные повреждением тератогенными факторами

- ✓ Эмбриона

- ✓ Плода

Самый ответственный период в формировании женской половой системы - это 9-я неделя внутриутробного развития.

В 10-100% наблюдается сочетание пороков половой и мочевой системы.

Этиология аномалий развития женских половых органов

- **Тератогенные факторы:**
 - 1.генетические, определяющие мужскую и женскую половую дифференцировку**
 - 2.внешние (окружающая среда, травма, тератогенное воздействие).**
 - 3.внутренние (ферменты, гормоны).**
- **Генные и хромосомные мутации (чистая дисгенезия гонад- синдром Свайера, кариотип 46 хх , 46 ху , либо мозаицизм)**

Факторы риска развития аномалий женских половых органов

- **Наследственность, определяющая биологическую неполноценность клеток, формирующих половые органы;**
- **Воздействие вредных физических (радиация), химических (цитостатики, этиловый спирт), лекарственных (талидомид, метилтестостерон) и биологических агентов, вирусов (коровой краснухи, цитомегалии), токсоплазмоз, листерии и т.д.;**
- **Профессиональные вредности;**
- **Зависимости (никотиновая, алкогольная, наркотическая).**

Этиология и патогенез аномалий развития женских половых органов

Все пороки развития матки и влагалища являются проявлением нарушения правильного развития мюллеровых протоков в эмбриональном периоде. Развитие мюллеровых протоков начинается у эмбриона в возрасте 5 недель и заканчивается к 20- неделе.

Патогенез аномалий развития женских половых органов

Формирование внутренних половых органов проходит в

3 этапа:

- рост протоков в каудальном направлении и формирование Мюллерова бугорка;**
- слияние их с урогенитальным синусом, слияние протоков друг с другом в области будущей матки и влагалища;**
- рассасывание срединной перегородки в месте слияния протоков с образованием единой матки и влагалища.**

Нарушение какого-либо этапа приводит к образованию пороков развития.

Так отсутствие рассасывания общей стенки протоков приводит к образованию удвоения матки и влагалища.

Классификация пороков развития матки и/или влагалища

(по Адамян Л.В., Хашукоевой А. З., 1998)

I класс. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА.

II класс. ОДНОРОГАЯ МАТКА.

III класс. УДВОЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА.

IV класс. ДВУРОГАЯ МАТКА.

V класс. ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

**VI класс. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ
И ЯИЧНИКОВ.**

**VII класс. РЕДКИЕ ФОРМЫ ПОРОКОВ
РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.**

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 неодинаково развитыми рогами;

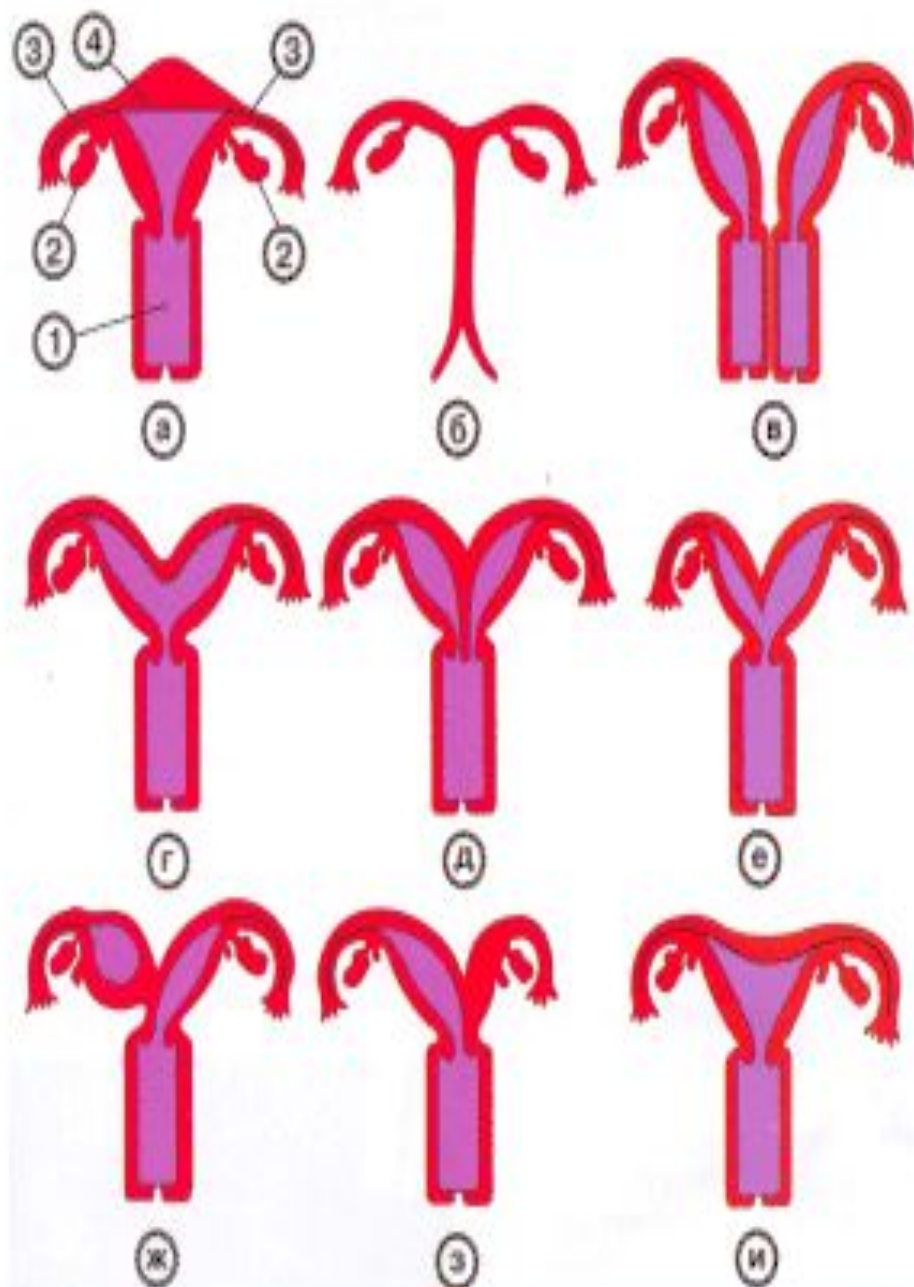
ж - двурогая матка с

функционирующим замкнутым рогом;

з — двурогая матка

с атрезированным левым рогом;

и - седловидная матка.



I класс. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА.

- 1. Аплазия влагалища и матки;**
- 2. Полная аплазия влагалища и функционирующая рудиментарная матка;**
- 3. Аплазия части влагалища при функционирующей матке:**

I класс. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА.

1. Полная аплазия влагалища и матки:

- a) Рудимент матки в виде одного мышечного валика (справа, слева, в центре);
- b) Рудимент матки в виде двух мышечных валиков;
- c) Мышечные валики отсутствуют.
 - Маточные трубы не соединены с рудиментами матки;
 - Рудименты матки без признаков функционирования, без полости;
 - Придатки матки расположены в брюшной полости высоко пристеночно.

I класс. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА.

- 2. Полная аплазия влагалища и функционирующая рудиментарная матка:**
- a) функционирующая рудиментарная матка в виде одного или двух мышечных валиков;**
 - b) функционирующая рудиментарная матка с аплазией шейки матки;**
 - c) функционирующая рудиментарная матка с аплазией цервикального канала.**

При всех вариантах возможны гемато- и пиометра, хронический эндометрит и периметрит, гемато- и пиосальпингс.

- Во всех случаях стенки матки дифференцированы.**
- Маточные трубы соединены с маткой**

I класс. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА.

3. Аплазия части влагалища при функционирующей матке:

- a) Аплазия верхней трети; а1- аплазия верхних 2/3**
- b) Аплазия средней трети; b1- аплазия средних 2/3**
- c) Аплазия нижней трети; с1- аплазия нижних 2/3**
 - При а и а1- гемато- и/или пиометра, гемато- и пиосальпингс.**
 - При b и b1- гемато- и/или пиокольпос.**
 - При с и с1- гемато- и/или пиокольпос.**

I класс. Аплазия матки и влагалища

- ❖ Синдром Майера – Рокитанского – Кюстера.
- ❖ Врожденное отсутствие матки и влагалища (матка обычно имеет вид одного или двух рудиментарных мышечных валиков),
- ❖ Нормальная функция яичников
- ❖ Женский фенотип и кариотип (46, XX)
- ❖ Частое сочетание с другими врожденными пороками развития (скелета, органов мочевого выделения, желудочно-кишечного тракта и др.)
- ❖ Основные жалобы пациенток – это отсутствие менструаций и невозможность половой жизни
- ❖ Стрессовое состояние, вследствие невозможности создания семьи, вынуждает пациенток соглашаться на любую корригирующую операцию, даже с риском для жизни.

Диагностика аплазии матки и/или влагалища.

- **При гинекологическом обследовании выявляется отсутствие входа во влагалище или неглубокая ямка за девственной плевой. У некоторых пациенток может быть короткое (2-4 см) влагалище.**
- **При ректо - абдоминальном исследовании матка не определяется, а пальпируется тяж**
- **УЗИ выявляет яичники и отсутствие матки.**

Лечение аплазии матки и/или влагалища.

Лечение заключается в создании нового влагалища.

Методы создания нового влагалища:

- консервативный (кольпоэлонгация);**
- оперативные : создание влагалища из брюшины, кожи, отрезка кишки или с использованием синтетических материалов.**

Метод кольпоэлонгации по Шерстневу.

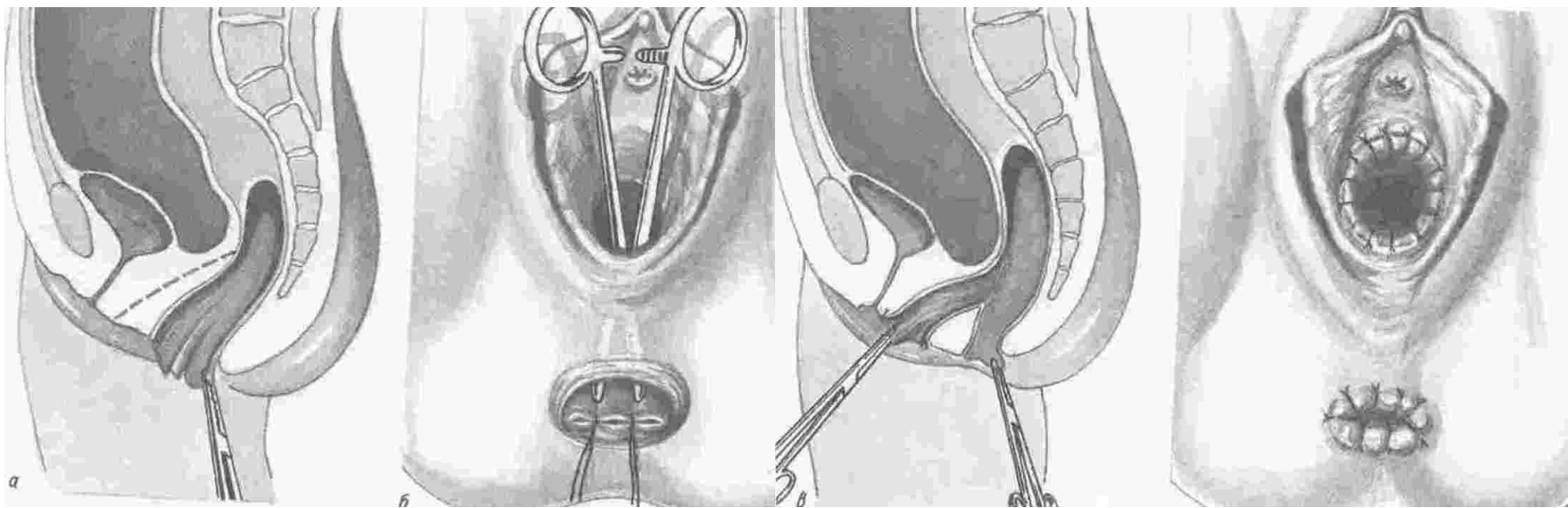
- Целесообразно проводить у пациенток в возрасте 16 лет и старше с аплазией влагалища и матки.
- Неовагину формируют путём вытяжения слизистой оболочки преддверия влагалища и углубления имеющейся или образовавшейся в ходе процедуры «ямки» в области вульвы с помощью протектора (кольпоэлонгатора).
- Степень давления аппарата на ткани пациентка регулирует специальным винтом с учётом собственных ощущений. Процедуру пациентка проводит самостоятельно под наблюдением медицинского персонала.
- Наименее травматичный метод.
- Процедура практически безболезненная.

Методика процедуры

Данная методика была усовершенствована Е.В. Уваровой в отделении гинекологии детского и юношеского возраста ГУ НЦАГиП РАМН.

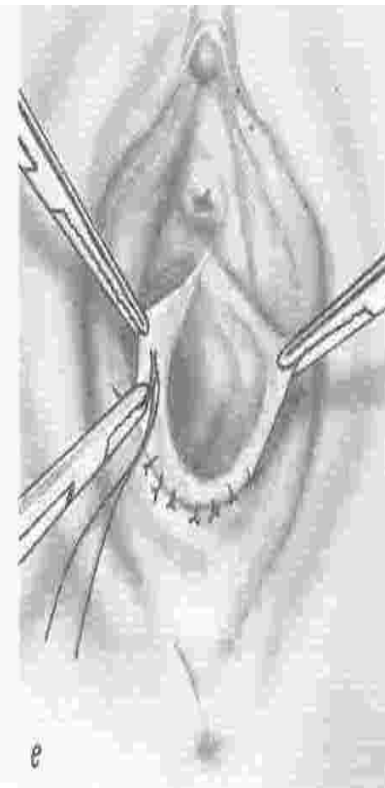
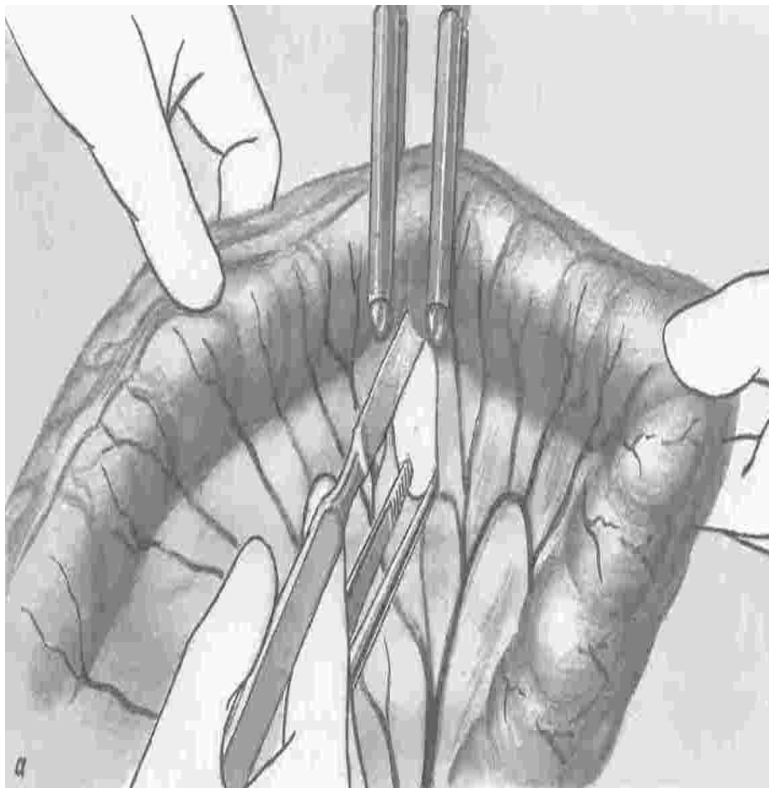
- Процедуру проводят с использованием крема овестин и геля контрактубекс для улучшения растяжимости тканей.**
- Продолжительность первой процедуры составляет 20 мин.**
- Затем увеличивают до 30–40 мин. и 2 процедур в день, 15–20 процедур на курс.**
- Обычно проводят от 1 до 3 курсов кольпоэлонгации с интервалом около 2 мес.**
- В большинстве кольпоэлонгаций удаётся достигнуть образования растяжимой неовагины, пропускающей 2 поперечных пальца на глубину не менее 10 см.**

Операция кольпопозза из отрезка прямой кишки по способу Д.Д.Попова-А.Э. Мандельштама.



- а) Выделение отрезка прямой кишки;
- б) Отделенный отрезок кишки захватывается для проведения в ложе влагалища;
- в) Проведение мобилизованного отрезка кишки во влагалище и место пересечения верхнего отдела кишки;
- г) Конечный вид после операции.

Кольпопоз из петли СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.



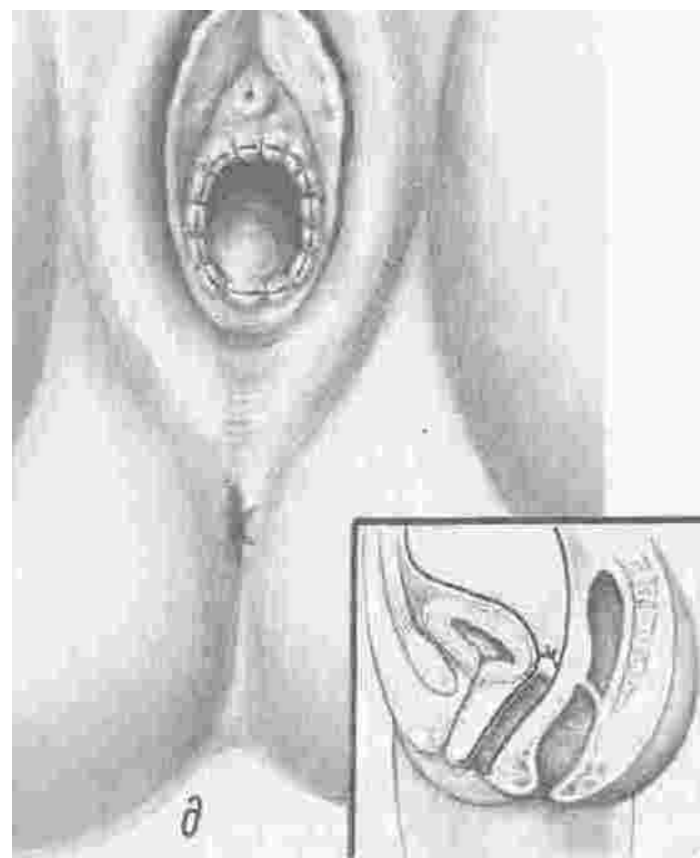
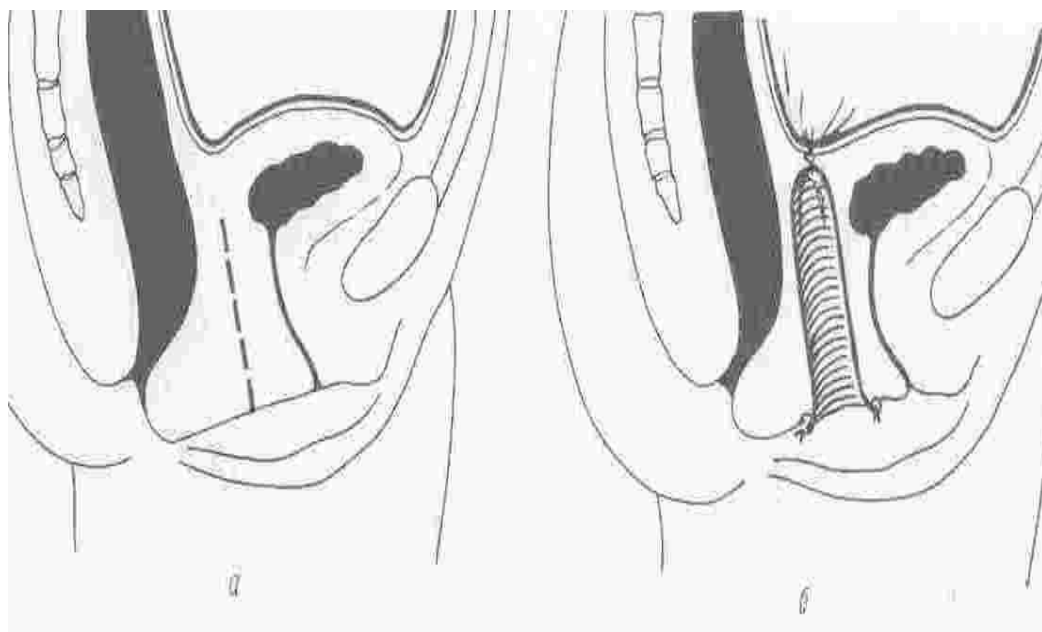
Эндоскопический доступ. (преимущества)

- 1. Минимальная инвазивность**
- 2. Минимальная кровопотеря**
- 3. Минимальный риск ранения соседних органов**
- 4. Сокращение длительности операции**
- 5. Сокращение сроков пребывания в стационаре 3-7 дней**
- 6. Сокращение дней нетрудоспособности**
- 7. Возможность уточнения диагноза и корригирующей операции одновременно**

Одноэтапный кольпопоз из тазовой брюшины лапароскопическим доступом.

- **Диагностическая лапароскопия**
- **Создание тоннеля между прямой кишкой и мочевым пузырем (промежностным доступом или со стороны брюшной полости).**
- **Идентификация брюшины**
- **Вскрытие брюшины**
- **Формирование входа в неовлагалище**
- **Формирование купола неовлагалища**

Кольпопозиз из брюшины прямокишечно - маточного пространства.



Оперативное лечение аплазии влагалища при функционирующей рудиментарной матке

- **Операцией выбора является тотальная лапароскопическая экстирпация матки и одноэтапный кольпопоз из тазовой брюшины лапароскопическим доступом**

Аплазия влагалища при функционирующей матке

- **Аплазия влагалища может быть полной или частичной**
- **При функционирующей нормальной матке или функционирующей рудиментарной матке**
- **Клинически проявляются в пубертатном возрасте**
- **Выраженный болевой синдром при отсутствии менструации**
- **Гематометра и/или пиометра**
- **Гематосальпингс и/или пиосальпингс**
- **Гематокольпос и/или пиокольпос**

Оперативное лечение аплазии влагалища при функционирующей нормальной матке

- **Операцией выбора является вагинопластика с одновременной лапароскопией для контроля за ходом операции и при необходимости – коррекция сопутствующей гинекологической патологии (коагуляцию очагов эндометриоза, резекцию яичника по поводу эндометриоидной кисты, удаление придатков матки с одной стороны, удаление маточных труб с одной или обеих сторон, разделение спаек) и санации брюшной полости.**

**Рост неовлагалища отмечают
синхронно с ростом девочки.**

**Создание влагалища в детстве является
профилактикой развития у больных
чувства собственной неполноценности.**

Прогноз для жизни благоприятный!!

Атрезия гимена (девственной плевы)

- **отсутствие естественного отверстия в девственной плеве.**
- **формируется девственная плева на 19-й нед. внутриутробной жизни плода из дистального отдела парамезонефрального протока с последующим образованием отверстия в гименальном диске. При задержке этого процесса происходит атрезия гимена.**

Атрезия гимена (девственной плевы). Клиника.

- **Клиника связана с началом менструаций;**
- **Гематокольпос , гематометра (в грудном возрасте - мукокольпос);**
- **Симптомы сдавления мочевого пузыря и кишечника , иррадиация боли в поясничную область;**
- **Симптомы раздражения брюшины при рефлюксе менструальной крови.**

Атрезия гимена (девственной плевы).
Оперативное лечение.

- **крестообразное рассечение девственной плевы с наложением узловатых кетгутовых швов для профилактики повторных атрезии.**

II КЛАСС. ОДНОРОГАЯ МАТКА

- 1. Однорогая матка с рудиментарным рогом, сообщающимся с полостью основного рога.**
- 2. Рудиментарный рог замкнутый.**
В обоих вариантах эндометрий может быть функционирующим или нефункционирующим.
- 3. Рудиментарный рог без полости.**
- 4. Отсутствие рудиментарного рога.**

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 неодинаково развитыми рогами;

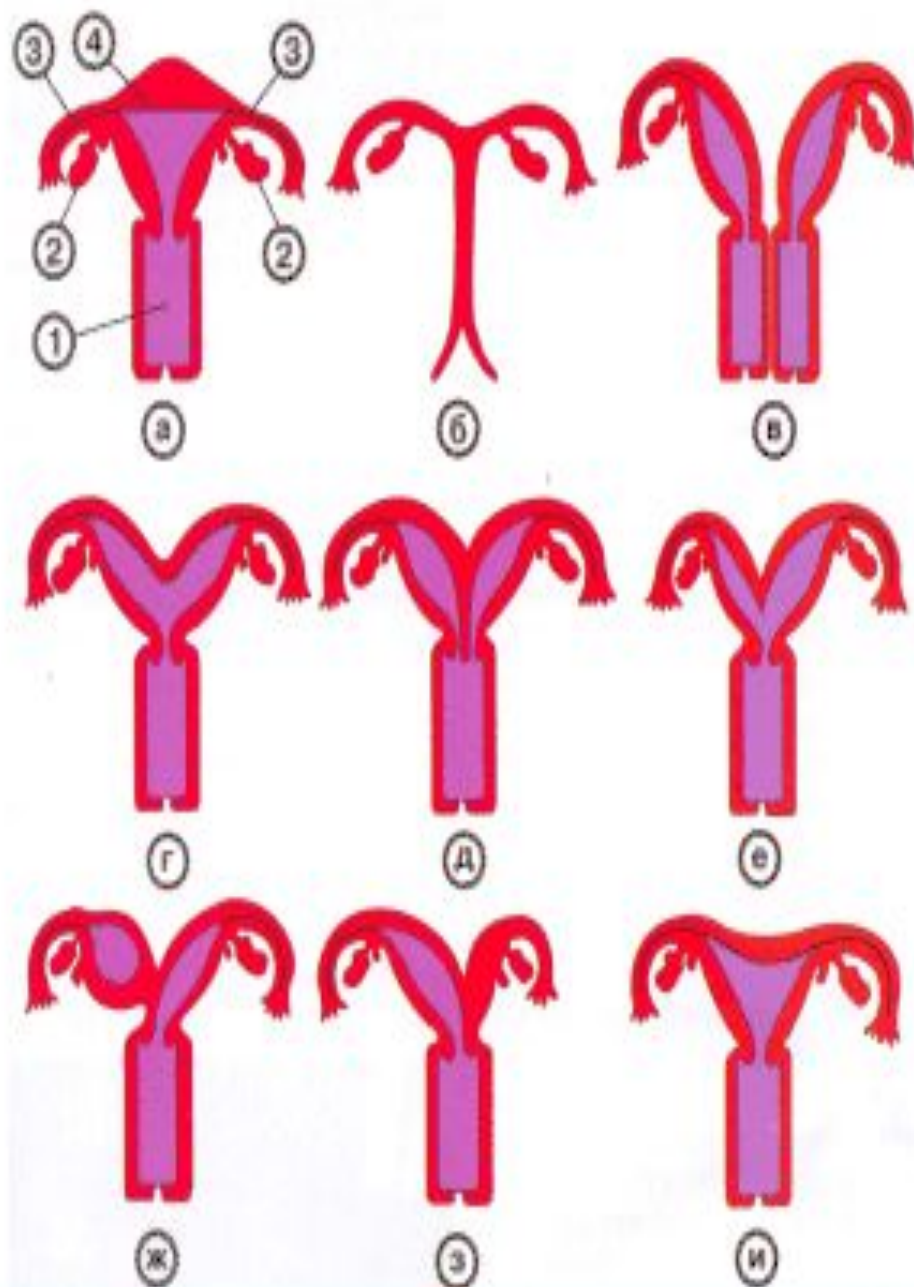
ж - двурогая матка с

функционирующим замкнутым рогом;

з — двурогая матка

с атрезированным левым рогом;

и - седловидная матка.



Патогномоничные симптомы при однорогой матке.

- **Первичная альгоменорея,**
- **Наличие опухолевидного образования
в малом тазу**
- **Бесплодие**
- **Невынашивание беременности**
- **Эктопическая беременность**

Однорогая матка

С



ОДНОРОГАЯ МАТКА

Оперативное лечение

- Показанием к удалению рудиментарного рога является наличие эндометриальной полости в замкнутом роге, болевой синдром, эктопическая беременность.
- Методом выбора при хирургической коррекции данного вида порока развития матки является одновременная лапароскопия и гистероскопия, удаление рудиментарного рога.
- 66,7% случаев проводят хирургическую коррекцию сопутствующей гинекологической патологии: консервативную миомэктомию, удаление яичника или маточной трубы на стороне рудиментарного рога, сальпинголизис, сальпингостомию, резекцию или биопсию яичника.

III КЛАСС.

УДВОЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

1. Удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови.
2. Удвоение матки и влагалища с частично аплазировавшимся одним влагалищем:
 - a) Аплазия верхней трети; a1- аплазия верхних 2/3
 - b) Аплазия средней трети; b1- аплазия средних 2/3
 - c) Аплазия нижней трети; c1- аплазия нижних 2/3
 - При a и a1- гемато- и/или пиометра, гемато- и пиосальпингс.
 - При b и b1- гемато- и/или пиокольпос.
 - При c и c1- гемато- и/или пиокольпос, свищевой ход в частично аплазировавшем влагалище.
3. Удвоение матки и влагалища при нефункционирующей одной матке.

Оперативное лечение.

Удвоение матки и влагалища

- **Гистероскопия и лапароскопия с целью уточнения анатомического варианта порока**
- **При удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища хирургическая коррекция заключается в вагинопластике – вскрытии, опорожнении гематометры с максимальным иссечением стенки аплазированного влагалища и лечение сопутствующей гинекологической патологии.**
- **При удвоении матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови необходима коррекция сопутствующей гинекологической патологии, являющейся причиной невынашивания беременности, первичного и вторичного бесплодия. Восстановление генеративной функции 90,6%**

IV КЛАСС. ДВУРОГАЯ МАТКА.

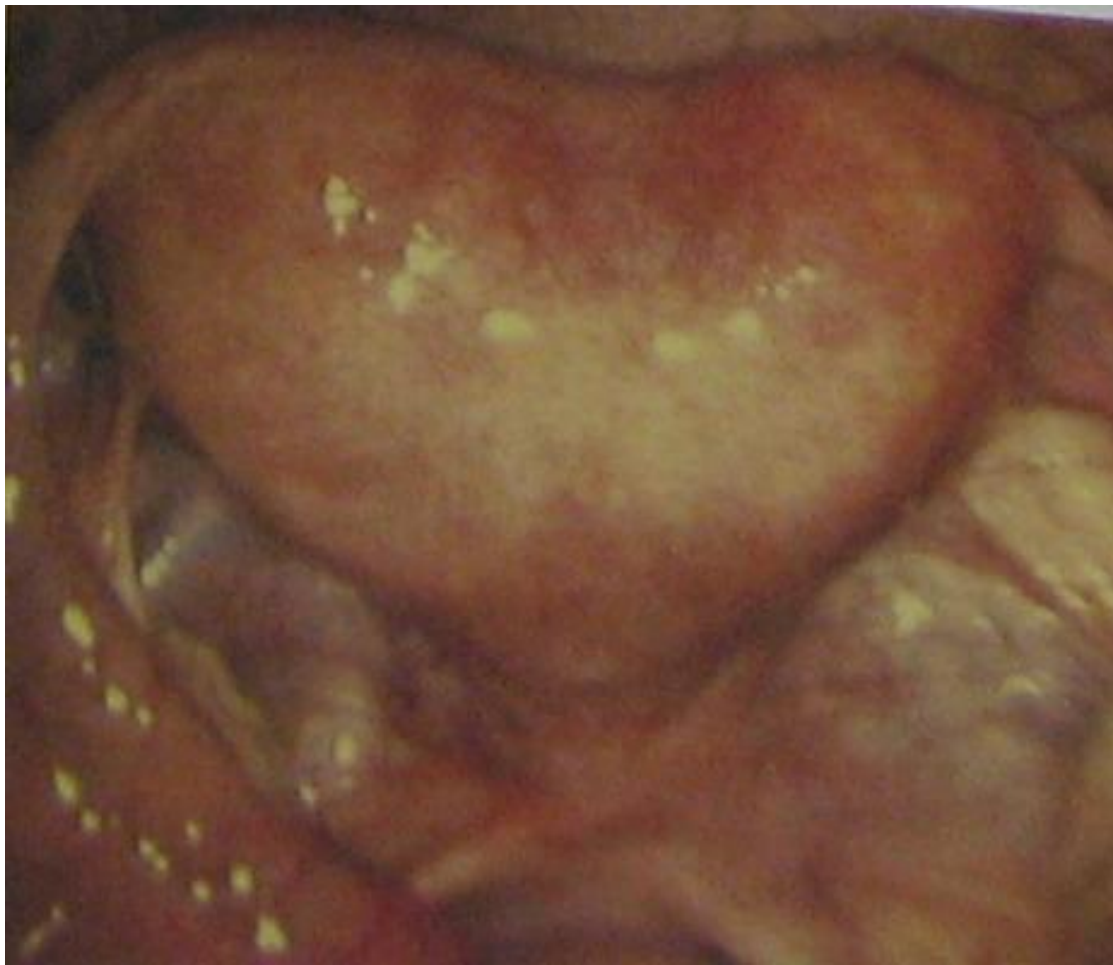
- 1. Седловидная форма.**
- 2. Непопная форма.**
- 3. Попная форма.**

ДВУРОГАЯ МАТКА.

- Порок развития, при котором матка расщеплена на две части или два рога.
- Отличительной особенностью двурогой матки во всех случаях является наличие только одной шейки матки.
- В 20-68% случаев двурогая матка является причиной самопроизвольных выкидышей, истмико-цервикальной недостаточности, тазового предлежания плода, аномалий родовой деятельности и кесарева сечения.
- Окончательный диагноз формы порока развития матки, решения вопроса о целесообразности выполнения пластических операций при двурогой матке возможны при проведении одновременной лапароскопии и гистероскопии

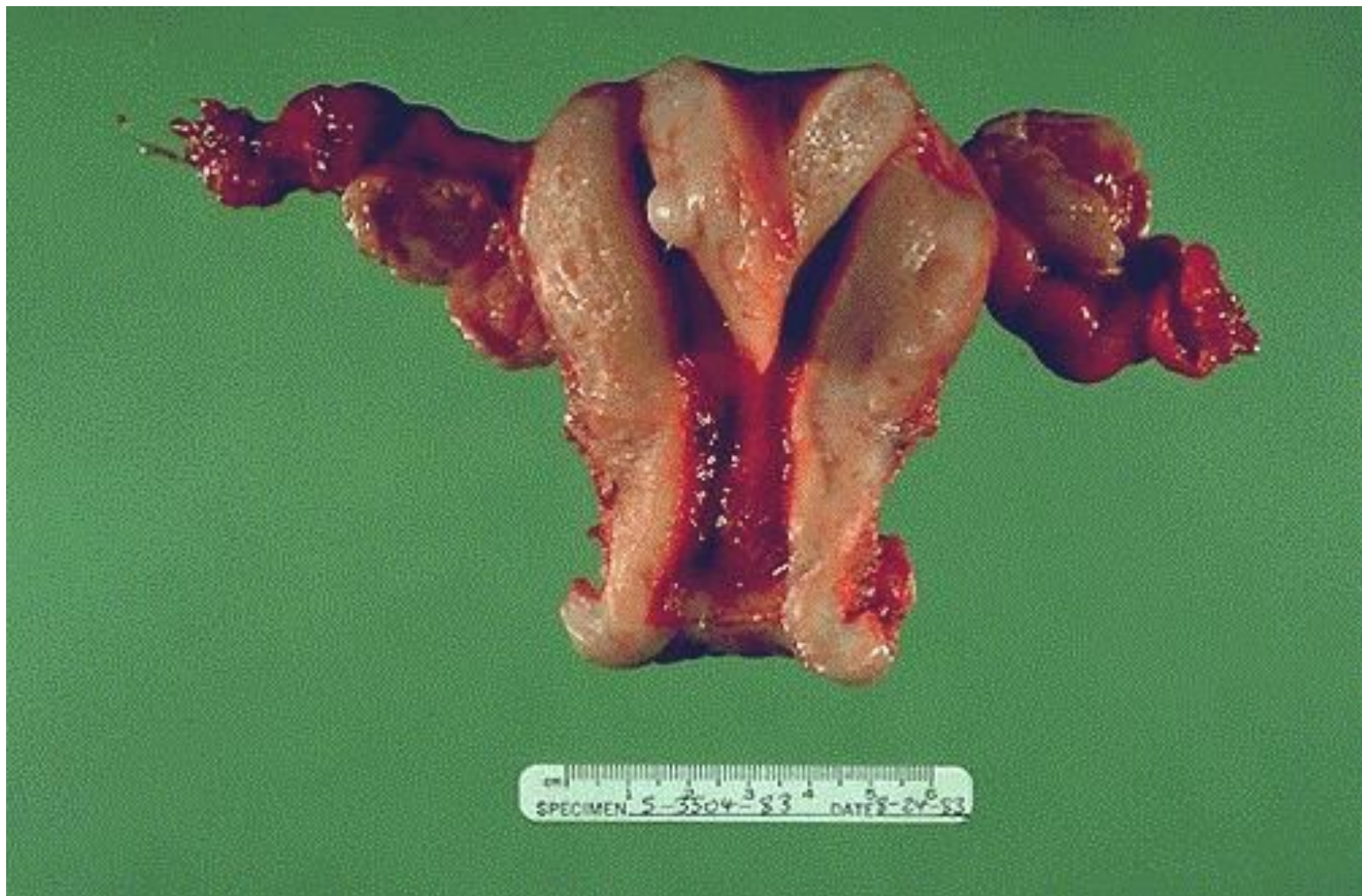
- **Гистероскопическая картина при двурогой матке и внутриматочной перегородке идентична!**

ДВУРОГАЯ МАТКА. Неполная форма.



Разделение на 2 рога наблюдается только в верхней трети тела матки. При гистероскопии выявляется один цервикальный канал, но ближе к дну матки определяется 2 гемиполости. В каждой половине только одно устье маточной трубы.

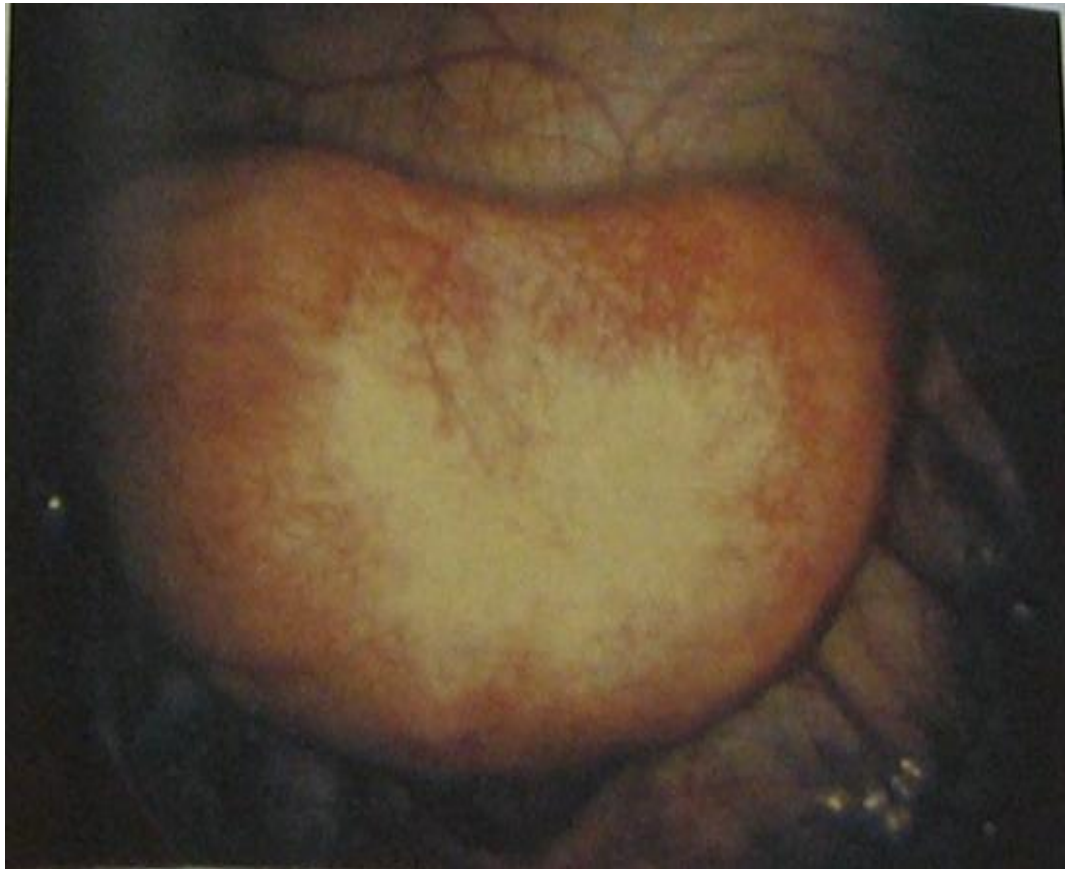
Двурогая, двуполостная матка: два отдельных тела имеют одну общую шейку; макропрепарат.



Гистерография: разделение тени полости матки
выемкой, расположенной в области дна



ДВУРОГАЯ МАТКА. Седловидная форма



Матка несколько расширена в поперечнике, ее дно имеет небольшое втяжение (углубление), расщепление на 2 рога выражено незначительно, т.е. отмечается почти полное слияние маточных рогов за исключением дна матки. При гистероскопии видны оба устья маточных труб, дно как бы выступает в полость матки в виде гребня.

ДВУРОГАЯ МАТКА.

Оперативное лечение

- В 1998 г. Л.В. Адамян и С.И. Киселёвым разработан способ лапароскопической метропластики при двурогой матке, в основе которой лежат принципы традиционной метропластики по Штрассману, предусматривающей создание единой полости матки:
- Рассечение дна матки во фронтальной плоскости со вскрытием обеих гемиполостей матки
- Зашивание раны на матке в сагитальной плоскости.
- Выявление коррекция сопутствующей патологии в полости матки (хронический эндометрит, внутриматочные синехии) и в придатках матки (хронический сальпингоофорит, непроходимость маточных труб), которые могут быть сами причиной нарушений репродуктивной функции.

V КЛАСС.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

**1. Полная внутриматочная перегородка-до
внутреннего зева.**

2.Неполная внутриматочная перегородка.

**Перегородка может быть тонкая или на
широком основании, одна гемиполость может
быть длиннее другой.**

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

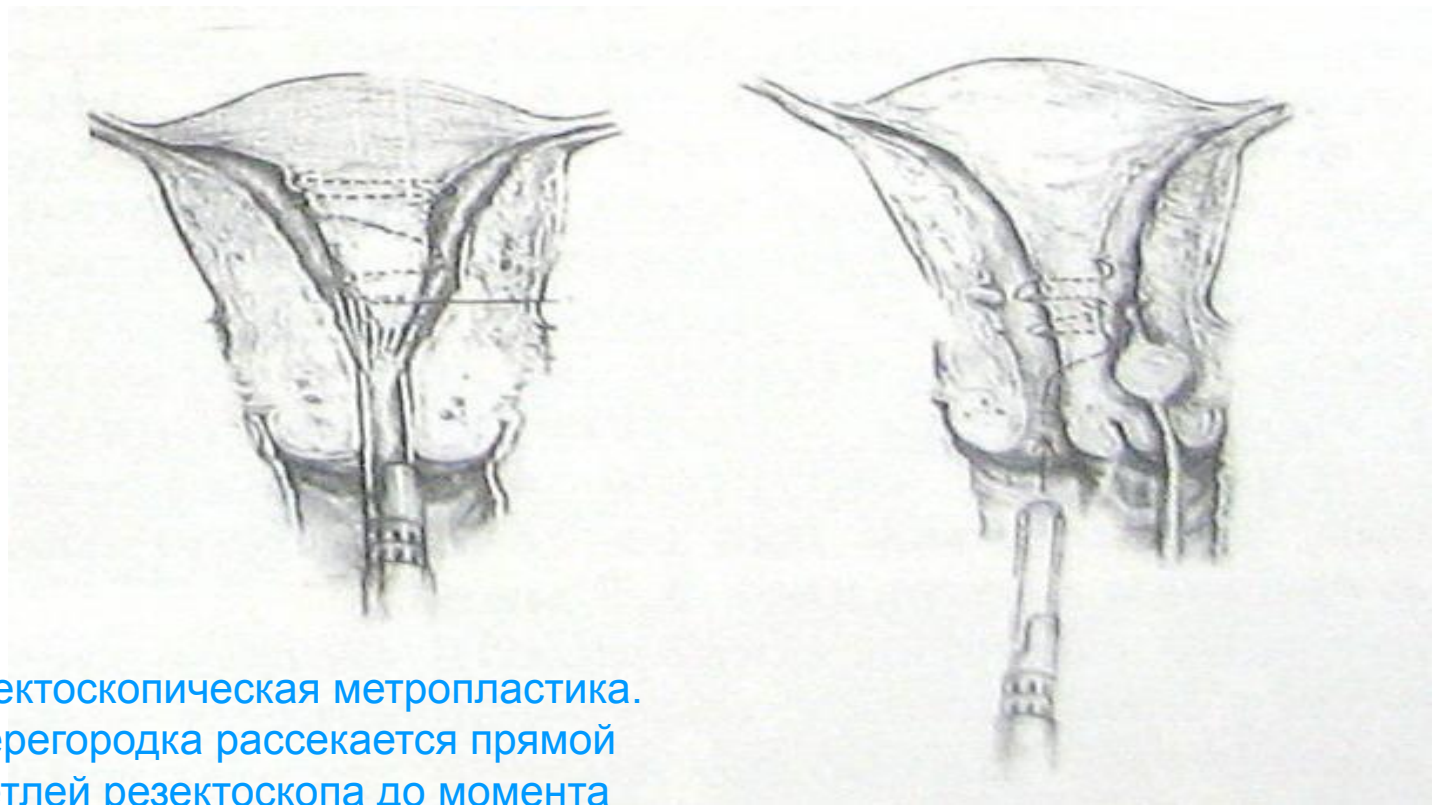
- **Порок развития матки. при котором её полость разделена на две половины (гемиполости) продольной перегородкой, простирающейся на различную длину**
- **Выраженные нарушения генеративной функции, проявляющиеся самопроизвольными абортами, невынашиванием беременности и бесплодием (первичным или вторичным).**
- **Точная диагностика возможна при одновременном проведении лапароскопии и гистероскопии в контексте клинической ситуации, параллельно оценивается состояние маточных труб, яичников и париетальной брюшины.**
- **У 74,5% пациенток выявляется сопутствующая гинекологическая патология: миома матки, наружный генитальный эндометриоз, СПКЯ, непроходимость маточных труб, кисты и доброкачественные опухоли яичников, спаечный процесс в малом тазу.**

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

Оперативное лечение.

- Гистерорезектоскопия является операцией выбора у больных с внутриматочной перегородкой:
- Менее травматична меньше осложнений, исключает в дальнейшем необходимость кесарева сечения, результат аналогичен абдоминальной метропластике
- Операция технически проста, экономична, сокращение продолжительности операции в 3-5 раз, минимальная инвазивность и кровопотеря по сравнению с традиционной метропластикой улучшает результаты восстановления генеративной функции, качества жизни.
- 63,8% составила частота наступления беременности после гистерорезектоскопии.
- Частота кесаревых сечений снизилась на 42,1%

Резектоскопия. Техника рассечения внутриматочной перегородки



Резектоскопическая метропластика.
Перегородка рассекается прямой
петлей резектоскопа до момента
визуализации обеих маточных труб

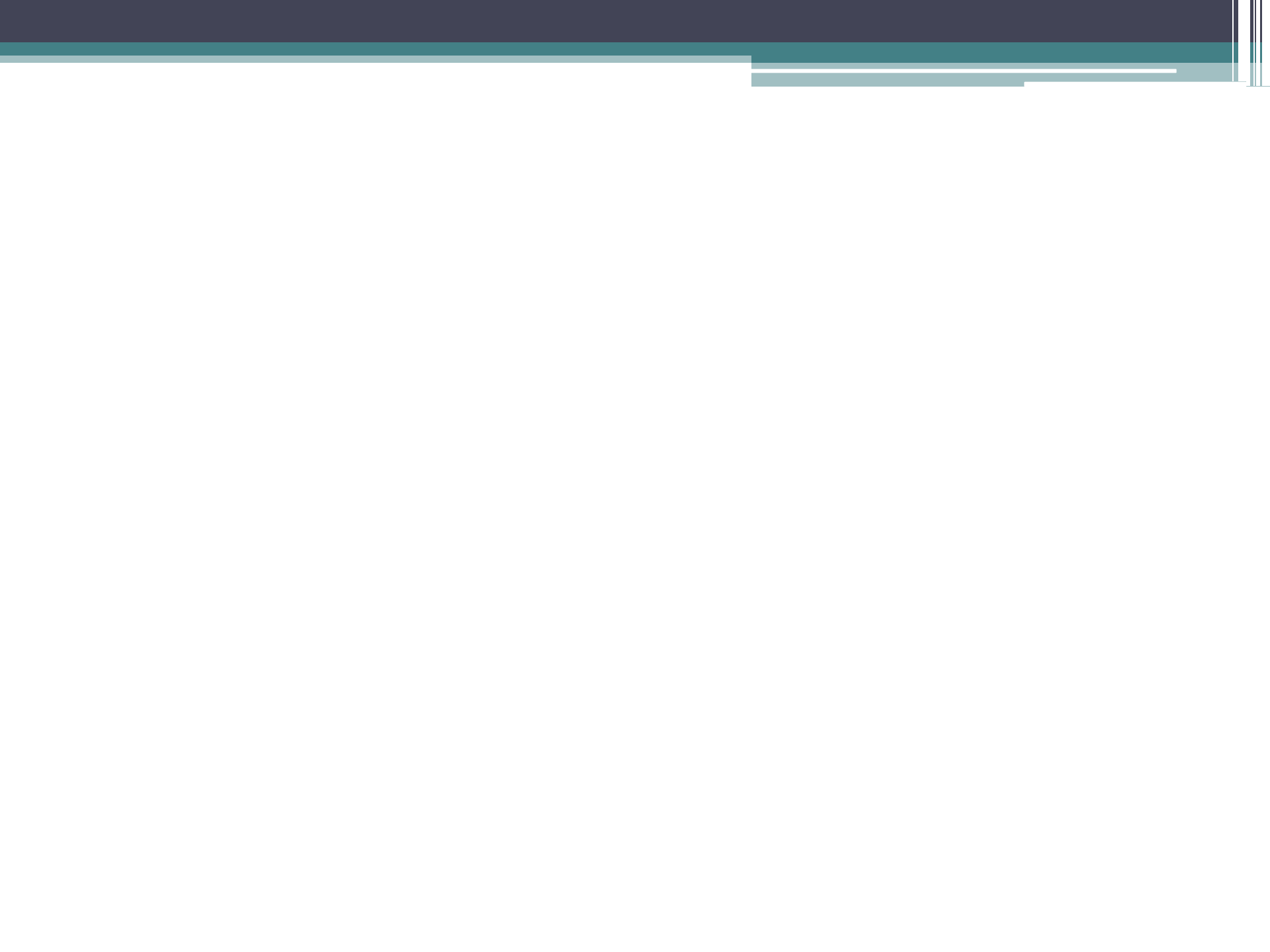
VI КЛАСС. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ И ЯИЧНИКОВ.

- 1. Аплазия придатков матки с одной стороны.**
- 2. Аплазия труб (одной или обеих).**
- 3. Наличие добавочных труб.**
- 4. Аплазия яичника.**
- 5. Гипоплазия яичников.**
- 6. Наличие добавочных яичников.**

Встречаются изолированно или в сочетании с пороками развития матки и/или влагалища.

VII КЛАСС. РЕДКИЕ ФОРМЫ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

- 1. Мочеполовые пороки развития: экстрофия мочевого пузыря.**
- 2. Кишечно-половые пороки развития:**
 - врожденный ректовестибулярный свищ, сочетающийся с аплазией влагалища и матки;**
 - врожденный ректовестибулярный свищ, сочетающийся с однорогой маткой и функционирующим рудиментарным рогом.****Встречаются изолированно или в сочетании с пороками**



Актуальность

- Среди аномалий положения половых органов наиболее частой патологией являются опущения и выпадения, которые в структуре гинекологической заболеваемости составляют до 28%.
- Как правило, заболевание начинается в репродуктивном возрасте и носит всегда прогрессирующий характер.
- Врожденные и приобретенные.

Этиопатогенез

В возникновении аномалий положения женских половых органов играют роль следующие факторы:

- врожденная несостоятельность связочного и поддерживающего аппарата матки и заболевания соединительной ткани (дисплазия соединительной ткани, ДСТ);
- травмы промежности в родах;
- аномалии развития мюллеровых (парамезонефрических) протоков;
- большое число родов;

Этиопатогенез

- спаечный процесс в малом тазу;
- опухоли и опухолевидные образования в малом тазу;
- хронические запоры;
- плоскостопие;
- курение (хронический бронхит);
- ожирение или, наоборот, резкое похудание;
- тяжелый физический труд, занятие профессиональным спортом;
- общая астения, старческий возраст.

Факторы риска развития опущения и выпадения матки и стенок влагалища

```
graph TD; A[Факторы риска развития опущения и выпадения матки и стенок влагалища] --> B[Несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна]; A --> C[Повышенное внутрибрюшное давление];
```

Несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна

(врожденная дисплазия соединительной ткани, родовой травматизм, эстрогенная недостаточность, возрастные изменения мышечной и соединительной ткани, СД).

Повышенное внутрибрюшное давление

(тяжелый физический труд, хронические заболевания легких, конституция и т.д.).

Механизм развития опущения и выпадения матки и стенок вагалища

- В настоящее время наибольшее признание и научное подтверждение получила теория, согласно которой основной анатомической причиной пролапса является возникновение разрывов в лобковошеечной (фасция Гальбана) и прямокишечно-вагалищной (фасция Денонвилье) фасциях, а также отрыва их от стенок таза.

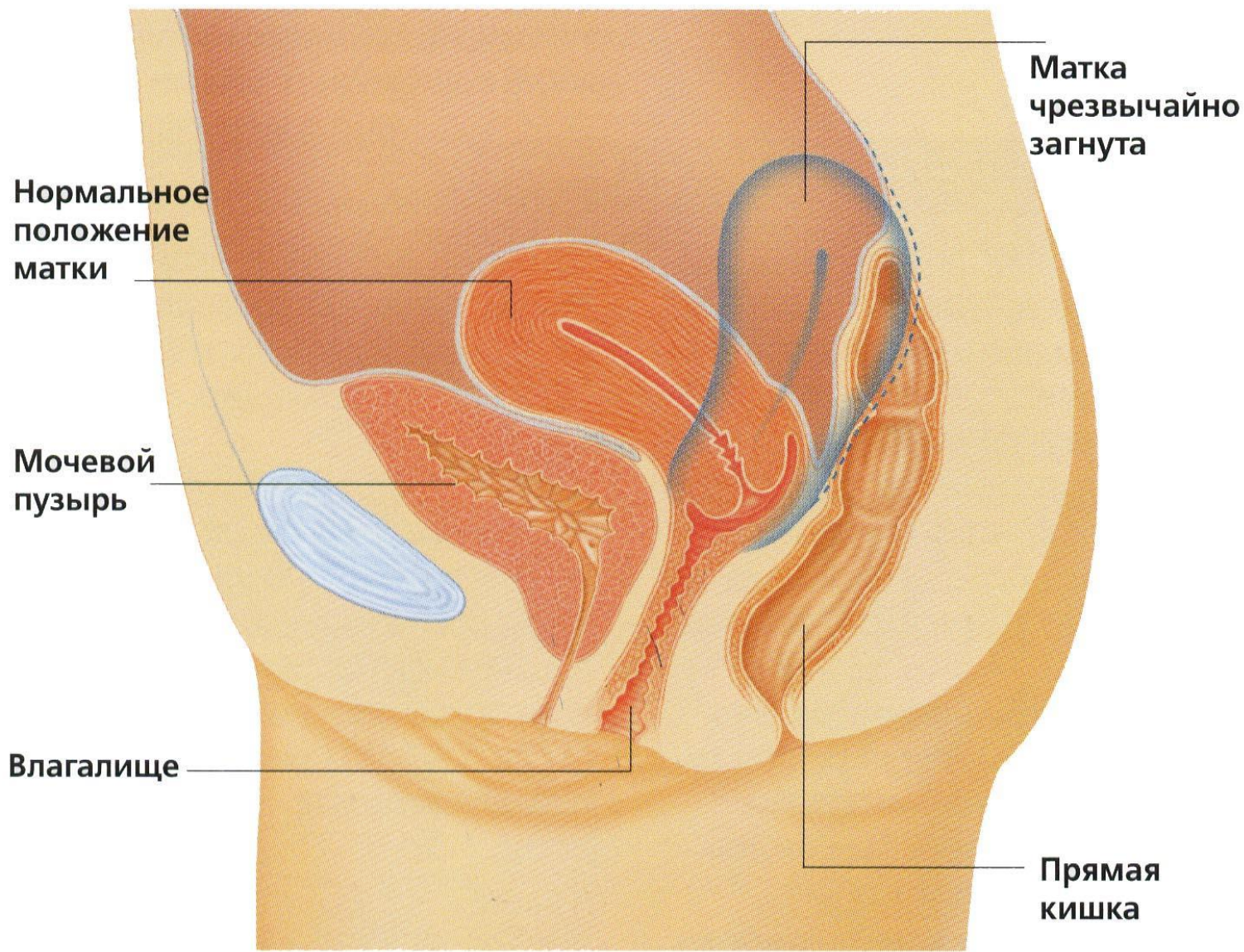


Фасция
Гальбана



**Фасция
Денонвилъе**

- Нормальным (типичным) положением матки в малом тазу принято называть такое положение, когда матка при опорожненных мочевом пузыре и прямой кишке находится в середине малого таза, дно - не выше плоскости входа в малый таз, влагалищная часть шейки матки - на уровне плоскости узкой части малого таза.
- Типичное положение матки в тазу обозначается термином «anteflexio - anteversio uteri».



Нормальное положение матки в малом тазу

Нормальному положению матки в тазу способствуют следующие факторы:

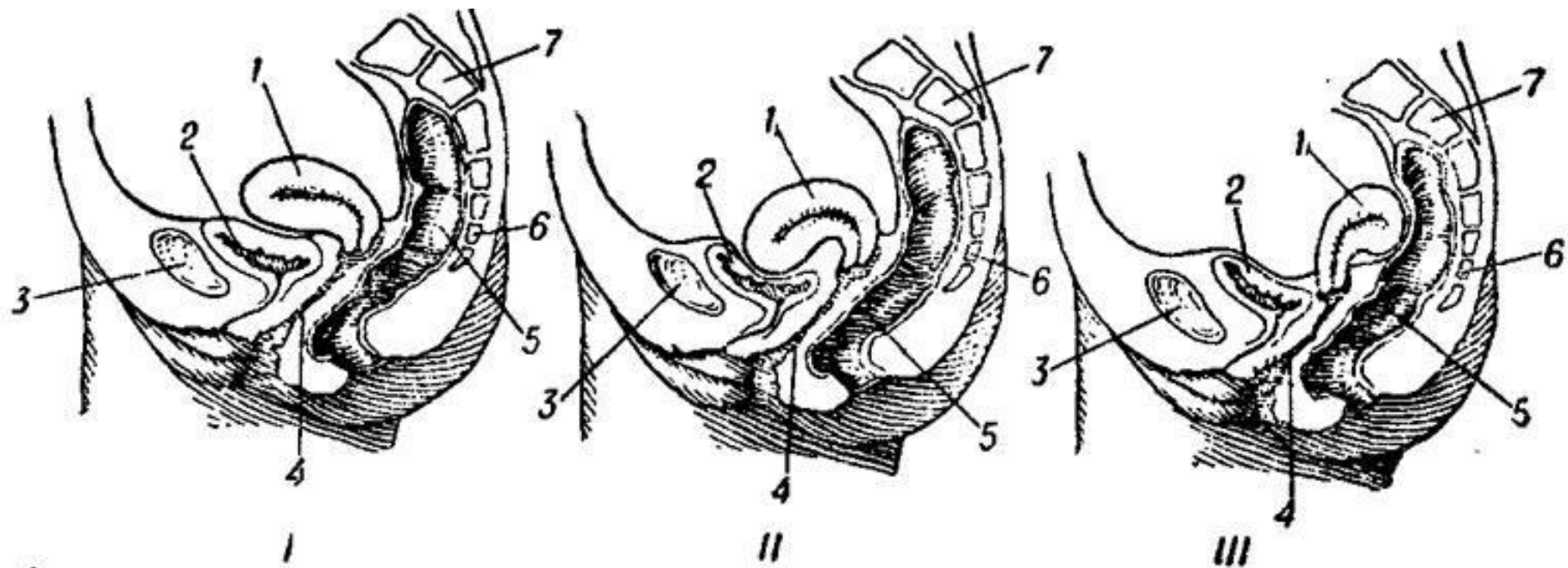
- собственный тонус половых органов;
- взаимоотношения между внутренними органами;
- подвешивающий, фиксирующий и поддерживающий аппарат матки.

Классификация определяется по характеру нарушений положения матки:

- смещения по горизонтальной плоскости (всей матки влево, вправо, вперед, назад; неправильные взаимоотношения между телом и шейкой матки по наклонению и выраженности изгиба; поворот и перекручивание);
- смещения по вертикальной плоскости (опущение, выпадение, приподнятие и выворот матки, опущение и выпадение влагалища).

Смещения матки по горизонтальной плоскости могут быть следующими:

- вся матка смещена кпереди (*antepositio uteri*);
- вся матка смещена кзади (*retropositio uteri*);
- матка смещена вправо (*dextropositio uteri*);
- матка смещена влево (*sinistropositio uteri*).



I — нормальное положение матки; *II* — загиб матки впереди; *III* — загиб матки кзади.

1 — матка; *2* — мочевой пузырь; *3* — лобковая кость; *4* — влагалище; *5* — прямая кишка; *6* — копчик; *7* — крестец.

Нормальное расположение матки и отклонение кзади



Нормальное (anteversio)

Иллюстрация слева показывает наклон матки при нормальном положении.



Отклонение матки кзади (retroversio)

На рисунке справа показано почти вертикальное положение матки в случае ее отклонения кзади.

Смещения матки вокруг продольной оси следующие:

- вращение матки (тела и шейки) вполоборота вокруг вертикальной оси - справа налево или, наоборот, поворот матки (*rotatio uteri*);
- перекрут матки (*torsio uteri*) - поворот тела матки по вертикальной оси более 180 гр. в области перешейка при неподвижной шейке.

Смещения матки по вертикальной оси следующие:

- матка смещена кверху (*elevatio uteri*);
- опущение матки (*descensus uteri*);
- выпадение матки (*prolapsus s. procidentia uteri*).

Приподнятое положение матки

- является вторичным и может быть обусловлено фиксацией матки после оперативных вмешательств, опухолями влагалища, скоплением крови во влагалище при атрезии девственной плевы.

По степени смещения матки выделяют 4 степени пролапса:

- **I степень** (опущении матки) отмечается некоторое смещение тела матки книзу, но шейка находится во влагалище.
- **II степень** (начинающееся или частичное выпадение матки) характеризуется расположением наружного зева шейки в преддверии влагалища, а тела матки — во влагалище.
- **III степень** (неполное выпадение матки).
- **IV степень** (полное выпадение матки).

Выпадение матки (*prolapsus uteri*)

- матка резко смещена вниз, частично или полностью выходит из половой щели при натуживании.
- **Неполное выпадение матки** – когда из половой щели выходит только влагалищная часть шейки матки, а тело остается выше половой щели даже при натуживании.
- **Полное выпадение матки** – шейка и тело матки располагаются ниже половой щели, одновременно происходит выворот стенок влагалища.

- Клиника опущения и выпадения матки:
- тянущие боли внизу живота и в пояснице, которые усиливаются при физической нагрузке, дизурия, хронические запоры;
- при полном выпадении больные ощущают инородное тело в области наружных половых органов, мешающее ходьбе, затрудненное мочеиспускание, кровяные выделения из изъязвленных участков шейки матки (декубитальная язва).

- Изменения в половых органах при их опущении и выпадении:
- Выпавшие стенки влагалища становятся сухими, грубыми, орозоленными, отечными, складки влагалища сглаживаются, слизистая приобретает белесоватый цвет.
- На слизистой влагалища и ШМ образуются трофические язвы с резко очерченными краями и гноевидным налетом на дне.
- Отмечают затруднение оттока венозной крови, ее застой, что приводит к отеку и увеличению объема влагалищной части ШМ.
- При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение ШМ (*elongatio colli uteri*).



Неполное выпадение матки. Декубитальная язва.



Полное выпадение матки



Элонгация матки

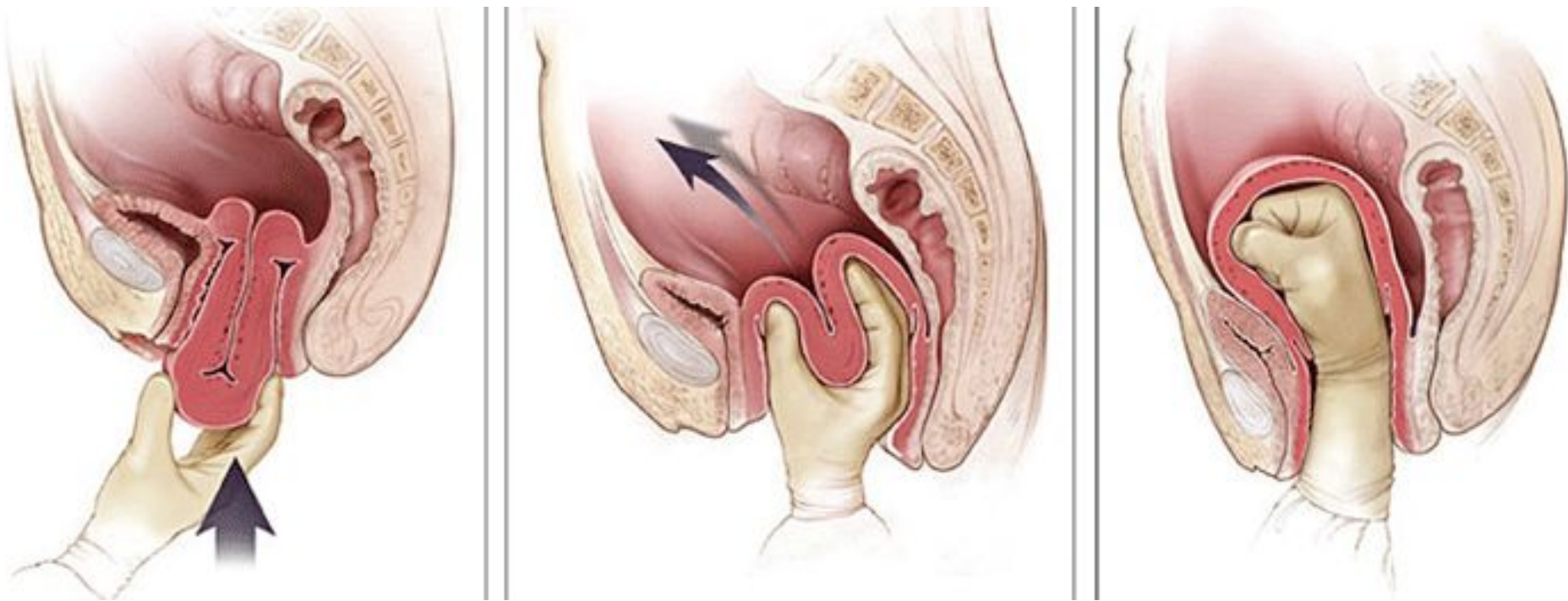
Выворот матки (*inversio uteri*)

- **Выворот матки** – крайне редкая патология, встречается в акушерстве при рождении неотделившегося последа, в гинекологии – при рождении субмукозного миоматозного узла матки.
- При этом серозная оболочка матки располагается внутри, а слизистая – снаружи.

Выворот матки (*inversio uteri*)

- Лечение состоит в принятии срочных мер по обезболиванию и вправлению вывернутой матки. При осложнениях (массивный отек, инфекция, массивное кровотечение) показано хирургическое вмешательство по удалению матки.

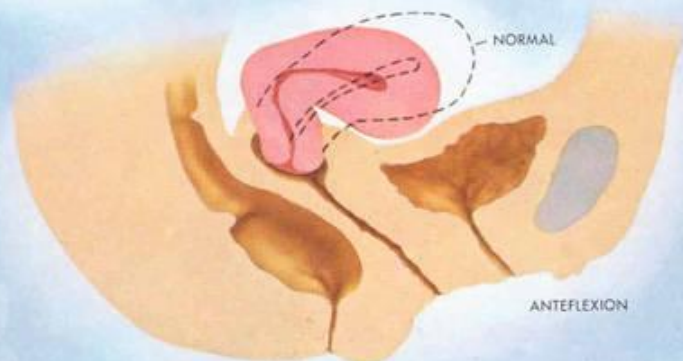
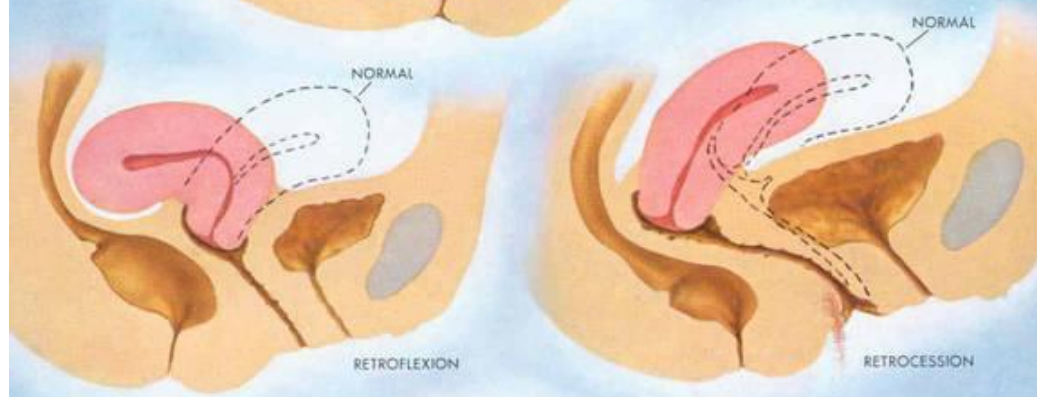
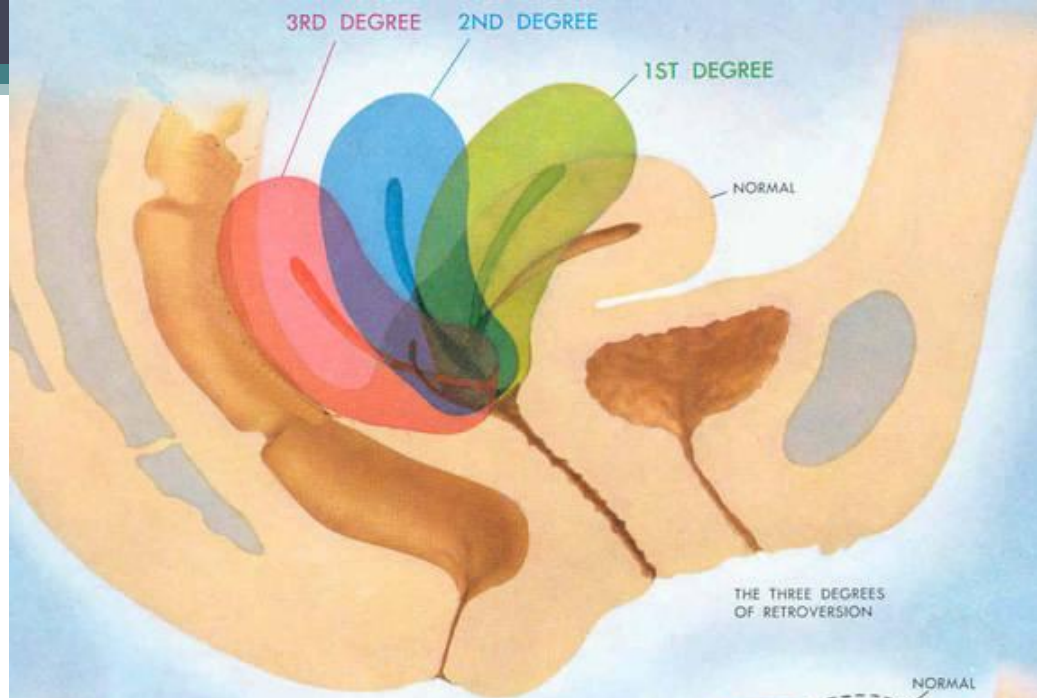




Выворот матки, ручное пособие.

Аномалии положения женских половых органов, имеющие наиболее важное клиническое значение

- патологическая антефлексия матки;
- ретродевиация матки;
- опущение и выпадение матки и стенок влагалища.



Патологическая антефлексия матки (*hyperanteflexio*)

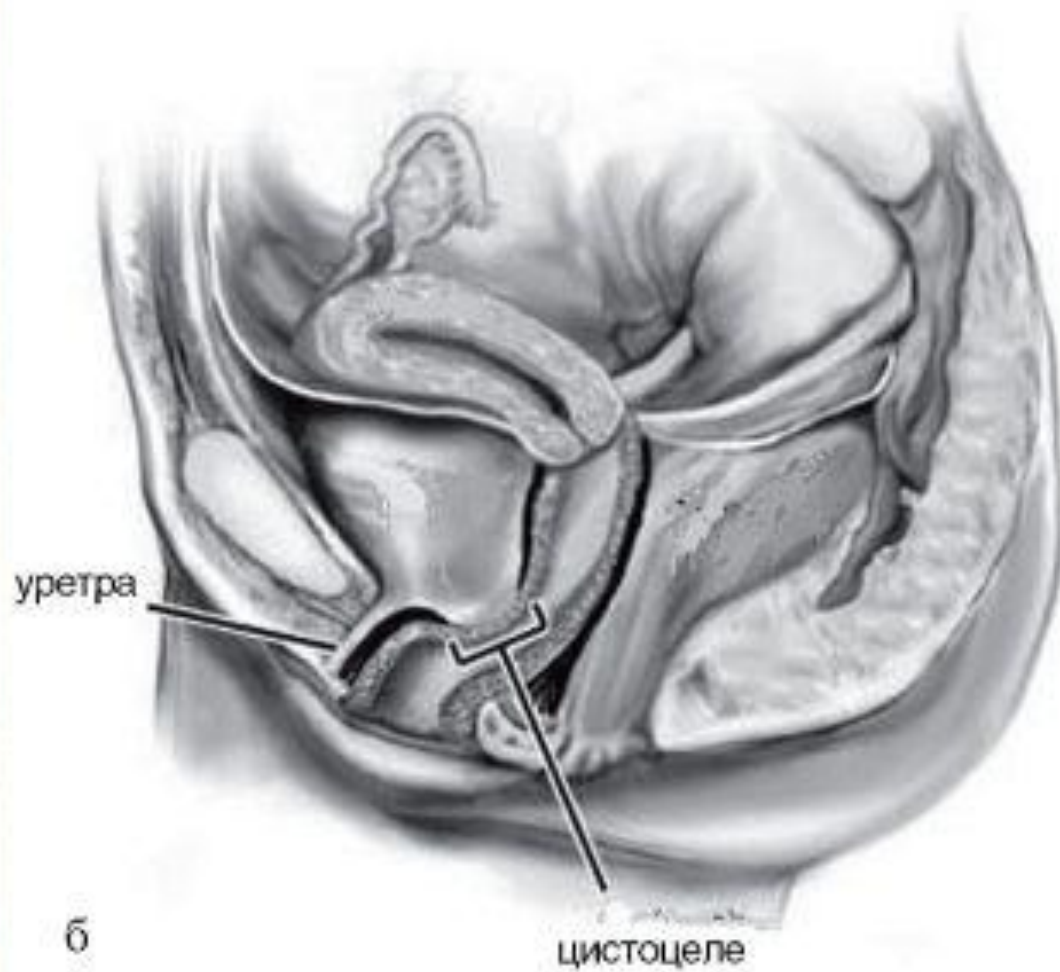
- одно из проявлений полового инфантилизма.
- Острый угол между телом и шейкой матки, малые размеры матки и удлиненную коническую шейку матки.
- В основе этой патологии лежит недостаточное развитие внутренних половых органов в результате различных интоксикаций в детском возрасте (инфекции, глистные инвазии и др.).
- Клиника: болезненные менструации, бесплодие, снижение либидо, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, позднее наступление менструации, частые позывы на мочеиспускание.

Ретродевиация матки

- Может быть подвижной (*retroversio - retroflexio mobile*) или фиксированной (*retroversio - retroflexio fixata*) вследствие наличия прочных спаек, вызывающих сращение матки с задней стенкой таза.
- При ретродевиации матки нарушается ее кровообращение, матка становится отечной, может развиваться хронический метрит, гиперпластический эндометрит, матка увеличивается в объеме, приобретает округлую форму, консистенция ее плотная - наблюдается гипертрофия матки вследствие развития СТ.

- Клиника: тупые боли внизу живота, в области крестца с иррадиацией в бедра, расстройства менструального цикла по типу меноррагии, альгоменореи, бели, бесплодие, хотя нередко жалобы отсутствуют.
- Но при этом следует дифференцировать ретродевиацию матки от синдрома Алена - Мастерса, аденомиозом.

- **Цистоцеле** - выпадение передней стенки влагалища вместе с мочевым пузырем, причем изменяются ход уретры и изгиб ее верхнего отдела книзу.
- **Уретроцеле** - опущение проксимальных отделов уретры, которое чаще встречается в сочетании с цистоцеле.
- **Ректоцеле** - выпадение задней стенки влагалища с передней стенкой прямой кишки.
- **Энтероцеле** - опущение и выворот заднего свода влагалища, а затем и задней его стенки или купола влагалища после гистерэктомии с образованием грыжевого мешка, содержащего петли тонкого кишечника.

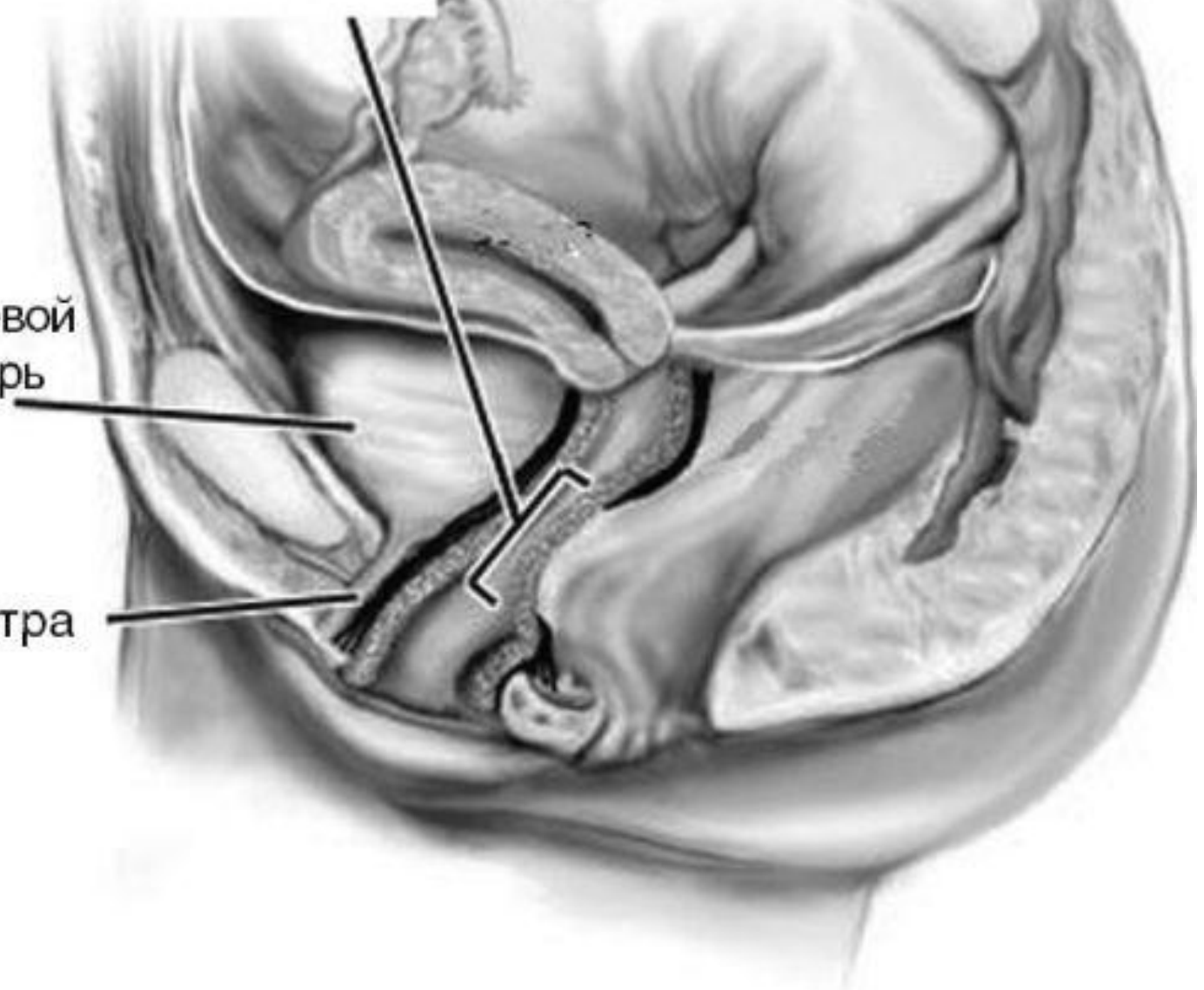


157

ректоцеле

мочевой
пузырь

уретра





Энтероцеле

Методы диагностики:

- анамнез, характерные жалобы;
- гинекологический осмотр при потуживании больной;
- данные бимануального исследования и пальпация выпавших половых органов;
- УЗИ органов малого таза.
- **декубитальную язву** необходимо дифференцировать от рака шейки матки. Для этого используют кольпоскопию, цитологическое исследование и прицельную биопсию;
- при обязательном ректальном исследовании обращают внимание на наличие или выраженность ректоцеле, состояние сфинктера прямой кишки;
- **при выраженных нарушениях мочеиспускания** необходимо провести исследование мочевыделительной системы, по показаниям цистоскопию, экскреторную урографию, уродинамическое исследование.

Лечение

- **1. Консервативное лечение** - общеукрепляющая терапия, полноценное питание, водные процедуры, лечебная гимнастика (Кегель), изменение условий труда, массаж матки.
- **2. Ортопедические методы.** Применяют различного рода пояса, бандажи.
- Все консервативные методы являются паллиативными.

• **3. Хирургические методы.**

• Что является показанием к хирургическому методу лечения этой патологии?

- 1. Степень опущения внутренних половых органов.
- 2. Анатомо-функциональные изменения органов половой системы (наличие и характер сопутствующей гинекологической патологии).
- 3. Возможность и необходимость сохранения или восстановления детородной, менструальной функций.
- 4. Особенности нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки.
- 5. Возраст больных, половая функция.
- 6. Сопутствующая экстрагенитальная патология и степень риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

- **Группа I** - операции, направленные на укрепление мышц тазового дна, кольпоперинеолеваторопластика, а также передняя кольпоррафия.
- **Группа II** - операции с применением различных модификаций укорочения и укрепления круглых связок матки, а также операции фиксации матки с использованием круглых связок. По Вебстеру - Бальди – Дартигу, по Александеру – Адамсу, по Долери - Джильямсу и по Кохеру.

- **Группа III** - операции, направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки и переводу положения тела матки в состояние *hyperanteflexio*. К этой группе относятся манчестерская операция и ее более сложная модификация - цервикопексия по Широдкару.
- **Группа IV** - операции с жесткой фиксацией внутренних половых органов (обычно свода влагалища) к стенкам таза - лонным костям, крестцовой кости, крестцово-остистой связке и т.д. (сакровагинопексия, фиксация купола влагалища к крестцово-остистой связке).

- **Группа V** - операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксации.
- **Группа VI** - операции, направленные на практически полную или частичную облитерацию влагалища (срединная кольпоррафия Нейгебауэра - Лефора, влагалищно-промежностный кольпоклеизис - операция Лабгардта).
- **Группа VII** - радикальные (органоуносящие) операции, выполненные различными хирургическими доступами (абдоминальным, лапароскопическим, влагалищным).

- В отдельную группу можно выделить оперативное лечение, направленное на восстановление дефектов тазового дна. К таким видам операций относится трансвагинальная установка сетчатого имплантата системы ПРОЛИФТ для реконструкции тазового дна - передний, задний, тотальный.



Схема фиксации сетчатого имплантата системы ПРОЛИФТ в малом тазу

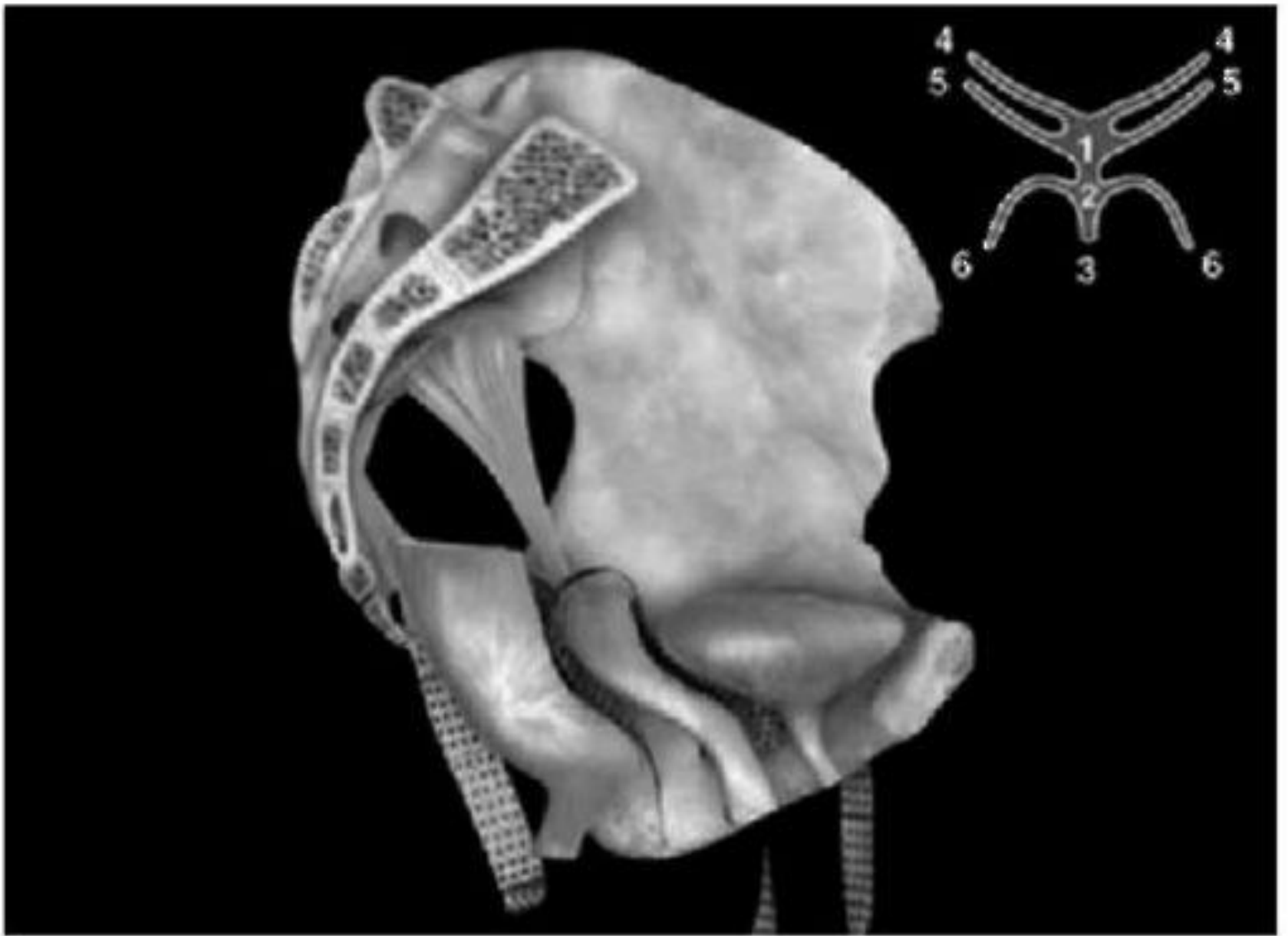


Схема расположения сетчатого имплантата системы ПРОЛИФТ в малом тазу

Профилактика аномалий положения половых органов

- устранение этиологических факторов;
- коррекция повреждений родовых путей в родах (тщательное ушивание всех разрывов);
- оптимальное ведение родов;
- гимнастические упражнения при тенденции к опущениям;
- соблюдение правил охраны труда и здоровья женщин;
- профилактика и лечение запоров;
- своевременное оперативное лечение при опущениях для профилактики выпадения половых органов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ