Текст лекции по теме занятия №25: Аномалии развития репродуктивной системы и положения женских половых органов. Принципы диагностики и лечения.

Изучаемые вопросы:

1. Классификация аномалий развития репродуктивной системы женщины

2. Причина, клиника аномалий развития репродуктивной системы женщины

3. Методы диагностики и принципы лечения аномалий развития репродуктивной

системы женщины

4. Тактика ведения пациенток с аномалиями развития женских половых органов

5. Классификация аномалий положения женских половых органов.

6. Причина, клиника аномалий положения женских половых органов

7. Методы диагностики и принципы лечения аномалий положения женских

половых органов

8. Тактика ведения пациенток с аномалиями положения женских половых органов

1. Классификация аномалий развития репродуктивной системы женщины

Пороки развития наружных половых органов:

- недоразвитие передней стенки мочеиспускательного канала (эписпадия);

- недоразвитие задней стенки мочеиспускательного канала (гипоспадия);

- заращение заднего прохода (atresia ani);

- перемещение заднего прохода в область преддверия влагалища (anus vestibularis);

- сращение больших и малых половых губ;

- гермафродитизм:

истинный гермафродитизм;

псевдогермафродитизм.

Пороки развития внутренних половых органов:

- атрезия (заращение) гимена;

- полная или неполная аплазия (отсутствие влагалища и матки):

- пороки, связанные с отсутствием слияния или неполным слиянием парных эмбриональных половых протоков:

 полное удвоение матки и влагалища;

 удвоение тела и шейки матки при наличии одного влагалища;

 удвоение тела матки при наличии одной шейки матки и одного влагалища (седловидная матка, двурогая матка, матка с полной или неполной внутренней перегородкой, матка с рудиментарным функционирующим замкнутым рогом);

- пороки, связанные с сочетанием удвоения и аплазии парных эмбриональных половых протоков

2. Причина, клиника аномалий развития репродуктивной системы женщины

3. Методы диагностики и принципы лечения аномалий развития репродуктивной

системы женщины

4. Тактика ведения пациенток с аномалиями развития женских половых органов

*Гермафродитизм* - наличие у индивидуума развитых в анатомическом и функциональном отношении половых органов обоего пола.

Истинный гермафродитизм - это порок, при котором у плода развиваются одновременно элементы мужской и женской половой железы.

Псевдогермафродитизм - порок развития, при котором строение наружных половых органов индивидуума не соответствует характеру половых желез. При этом яичники сформированы правильно, внутренние половые органы развиты по женскому типу. Наружные половые органы сформированы по типу, приближающемуся к мужскому:

• клитор увеличен;

• сросшиеся по средней линии большие половые губы образуют подобие мошонки;

• имеется мочеполовой синус.

Формы женского псевдогермафродитизма

• Врожденный адреногенитальный синдром (ВАГС). Развивается вследствие повышения синтеза андрогенов и понижения синтеза глюкокортикоидов в коре надпочечников.

• Индуцированный псевдогермафродитизм. Нарушения развития наружных половых органов у плода женского пола может произойти, если мать во время беременности получала большие дозы андрогенов или прогестерона, а также в том случае, если у матери имеется опухоль, секретирующая андрогены.

*Лечение* состоит в хирургической коррекции наружных половых органов, а также по показаниям назначается гормональная терапия.

*Врожденные аномалии вульвы.* Частой причиной возникновения врожденных аномалий вульвы становится врожденная гиперплазия коры надпочечников.

При осмотре выявляется:

• различная степень вирилизации;

• увеличение клитора;

• отверстие мочеиспускательного канала расположено ближе к основанию клитора;

• сращение половых губ;

• утолщение промежности;

• влагалище может иметь общее отверстие с мочеиспускательным каналом;

• отсутствие лабиальных складок вследствие сращения половых губ по средней линии;

Эти женщины имеют хорошие шансы забеременеть и родить ребенка. Все зависит от степени нарушения и адекватности терапии.

*Лечение.* Оперативное вмешательство в раннем возрасте (2-3 года). Проводят лечение эндокринных расстройств.

*Гинатрезии* - нарушения проходимости полового канала в области девственной плевы, влагалища и матки. Они могут быть врожденными и приобретенными. Основной причиной приобретенных аномалий служит инфекция, вызывающая воспалительные заболевания половых органов.

*Атрезия* девственной плевы проявляется в период половой зрелости, когда менструальная кровь скапливается во влагалище (возникает гематокольпос), матке (гематометра) и даже трубах (гематосальпинкс). В сроки менструаций возникают схваткообразные боли и недомогание.

*Лечение:* производят крестообразный разрез девственной плевы и удаление содержимого половых путей. Края разреза обшивают кетгутовыми швами.

*Атрезии влагалища* могут локализоваться в различных отделах и иметь различную протяженность. Сопровождаются теми же симптомами, что и атрезия девственной плевы. Лечение хирургическое.

*Атрезия матки* возникает вследствие зарастания внутреннего зева шеечного канала, обусловленного травматическими повреждениями или воспалительными процессами. Симптомы аналогичны.

Лечение хирургическое.

*Аплазия влагалища* - врожденное отсутствие влагалища, становится следствием недостаточного развития нижних отделов мюллеровых ходов, а также может быть связано с нарушениями 16 пары хромосом. Влагалище может отсутствовать полностью или частично. При первых менструациях возникают гематометра, а затем и гематосальпинкс. Сильные боли соответствуют дням менструации. Если присоединяется инфекция, возможно нагноение содержимого матки и маточных труб.

*Пороки развития матки*

*Аплазия* (отсутствие) матки выявляется в период полового созревания в связи с отсутствием менструаций.

*Удвоение матки* характеризуется наличием двух обособленных маток, каждая из них, как правило, соединяется с соответствующей частью раздвоенного влагалища. Одно из влагалищ может быть замкнутым, и в нем скапливается менструальная кровь (гематокольпос); одна из маток может не иметь сообщения с влагалищем, в результате чего матка наполняется менструальной кровью (гематометра). В этих случаях возникают циклические боли в нижних отделах живота.

• Двурогая матка представляет собой два разделенных или слившихся рога (при слиянии рогов в области дна матки образуется седловидная матка). Двурогая матка может иметь одну или две шейки. Полость матки может быть разделена перегородкой целиком или частично. При наличии двух правильно развитых маток в каждой из них могут совершаться циклические изменения, наступить беременность, завершающаяся нормальными родами. При имплантации оплодотворенной яйцеклетки в рудиментарном роге может наступить его разрыв (особенно если беременность своевременно не установлена), сопровождающийся внутрибрюшным кровотечением.

Для диагностики и уточнения характера порока развития матки применяют ультразвуковое сканирование, рентгенологическое исследование, в том числе в условиях пневмоперитонеума, лапароскопию и гистероскопию.

Лечение пороков развития матки в основном оперативное. Прогноз зависит от вида порока.

*Инфантилизм.* Половой инфантилизм характеризуется недоразвитием половых органов и гипофункцией яичников.

Причины инфантилизма:

• генетические факторы;

• осложнения внутриутробного развития;

• нарушения питания;

• детские инфекции;

• ревматизм;

• операции на яичниках.

Варианты полового инфантилизма:

• сопровождающиеся овариальной недостаточностью;

• не сопровождающиеся гипофункцией яичников.

Девочка с инфантилизмом невысокого роста, тонкокостная. Таз равномерно суженный. Отмечаются поздние менархе.

Лечение инфантилизма включает:

• устранение по возможности причины отставания развития половых органов;

• адекватную заместительную терапию

Аномалии положения женских половых органов.

Нормальное положение женских половых органов обеспечивается связочным аппаратом (фиксирующий, подвешивающий аппарат матки), мышцами тазового дна, взаимной поддержкой и регулированием их давления, и собственным тонусом. Нарушение этих факторов воспалительными процессами, травматическими повреждениями или опухолями способствует и определяет их аномальное положение.

Классификация

• Смещение половых органов по горизонтальной оси:

- смещение всей матки кпереди, кзади, вправо и влево;

- патологическое наклонение (верзия) матки: антеверзия; ретроверзия; декстроверзия;

- перегиб тела матки относительно шейки матки: гиперантефлексия матки; ретрофлексия матки; ретродевиация; поворот матки; перекручивание матки.

• Смещение половых органов по вертикальной оси:

- опущение матки;

- выпадение матки (полное, неполное выпадение матки);

- выворот матки;

- приподнятое положение матки.

Степени опущения стенок влагалища, матки и их выпадения:

• I степень - шейка матки опускается не больше чем до половины длины влагалища;

• II степень - шейка матки и/или стенки влагалища опускаются до входа во влагалище;

• III степень - шейка матки и/или стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него;

• IV степень - вся матка и/или стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище.

*Смещение половых органов по горизонтальной оси*

Клиническая картина всех вариантов смещения матки по горизонтальной оси характеризуется болезненными ощущениями в низу живота или в области крестца, альгодисменореей, затяжными менструациями. Иногда возникают жалобы на дизурические явления и боль при дефекации. Наиболее сильные боли возникают при фиксированной ретрофлексии вследствие натяжения спаек брюшины. При спаечном процессе в брюшной полости могут появляться боли во время полового акта. Вследствие застойных явлений может быть усилена секреторная функция половых органов. У женщин с такой патологией часто встречается бесплодие и патологическое течение беременности. Смещение всей матки кпереди, кзади, вправо и влево

Лечение направлено на устранение причины. Оперативное лечение проводится при опухолях; физиотерапевтические процедуры и гинекологический массаж - при спаечном процессе.

*Патологическое наклонение (верзия)*

При патологических наклонениях тело матки и шейка матки смещаются в разные стороны. Причинами патологических отклонений матки могут быть воспалительные процессы в брюшине, клетчатке и связках.

• Антеверзия - тело матки наклонено кпереди, шейка матки кзади.

• Ретроверзия - тело матки наклонено кзади, шейка матки - кпереди.

• Декстроверзия - тело матки наклонено вправо, шейка матки - влево.

• Синистроверзия - тело матки наклонено влево, шейка матки - вправо.

Лечение направлено на устранение причины, вызвавшей заболевание.

*Перегиб тела матки относительно шейки*

В норме между телом и шейкой матки имеется тупой угол, открытый кпереди.

Гиперантефлексия матки - патологический перегиб тела матки кпереди.

Ретрофлексия - перегиб тела матки кзади. Угол между телом и шейкой матки открыт кзади.

Ретродевиация матки - сочетание ретрофлексии и ретроверзии.

*Поворот матки.* Матка повернута вокруг своей продольной оси. Причиной этого могут быть воспаление в области крестцово-маточных связок, их укорочение, наличие опухоли, располагающейся кзади и сбоку от матки. Лечение направлено на устранение причин, вызывающих поворот.

Смещение половых органов по вертикальной оси

Опущение и выпадение внутренних половых органов (генитальный пролапс) - нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа или выпадением их за его пределы.

Причины возникновения:

• травматические повреждения тазового дна и снижение тонуса мышц диафрагмы таза;

• растяжение связочного аппарата матки (многократные роды крупным плодом);

• нарушение синтеза половых гормонов;

• несостоятельность соединительнотканных структур в виде «системной» недостаточности;

• тяжелый физический труд (подъем тяжестей продолжительное время);

• хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции, внезапным частым повышением внутрибрюшного давления.

*Опущение и выпадение матки*

Опущение матки - состояние, когда матка находится ниже нормального уровня, наружный зев шейки матки ниже спинальной плоскости, дно матки ниже четвертого крестцового позвонка. Но матка не выходит за пределы половой щели даже при натуживании. Одновременно с маткой опускаются передняя и задняя стенки влагалища, которые хорошо видны из половой щели.

Выпадение матки - матка резко смещена книзу, частично или полностью выходит из половой щели при натуживании. Различают неполное выпадение матки, когда из половой щели выходит только влагалищная часть шейки матки, а тело матки остается выше половой щели даже при натуживании. При неполном выпадении матки соотношение между телом и шейкой матки могут быть нормальными или нарушенными вследствие удлинения шейки. При полном выпадении матки шейка и тело матки располагаются ниже половой щели, одновременно происходит выворот стенок влагалища.

Клиническая картина. Основные жалобы: ощущение инородного тела во влагалище, тянущие боли в низу живота и поясничной области, наличие грыжевого мешка в промежности. С течением времени возникают функциональные расстройства соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки).

Осложнения

• Нарушения мочеиспускания, недержания мочи при напряжении.

• запор.

• При полном выпадении матки могут возникать ущемления и отек выпавшей матки, невозможность ее вправления; пролежни на слизистой оболочке влагалища и шейки матки (декубитальная язва).

Диагностика. Применяют следующие методы обследования больных генитальным пролапсом:

• сбор анамнеза;

• физикальное исследование (гинекологический осмотр);

• инструментальные исследования (трансвагинальное УЗИ матки и придатков, комбинированное уродинамическое исследование, гистероскопия, цистоскопия, ректоскопия).

Лечение пациенток с пролапсом половых органов должно быть направлено на восстановление анатомии промежности и тазовой диафрагмы, а также нормальной функции смежных органов.

Показания к госпитализации

• Нарушение функции смежных органов.

• Опущение стенок влагалища III степени.

• Полное выпадение матки и стенок влагалища.

• Прогрессирование заболевания.

Консервативное лечение рекомендуется пациенткам при неосложненных формах начальных стадий пролапса половых органов (опущение матки и стенок влагалища I и II степени).

Лечение сводится:

• к использованию комплекса гимнастических упражнений, направленных на укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна; соблюдению режима труда;

• исключению тяжелой физической работы, поднятий тяжести;

• к применению вагинальных аппликаторов для электростимуляции мышц тазового дна;

• влагалищных пессариев и колец с последующим обучением пациентки правилам их обработки и введения (при противопоказаниях к оперативному лечению). ирургическое лечение.

При выписке из стационара акушерка рекомендовано:

• половой покой в течение 6 нед;

• физический покой в течение 2 нед.

По истечении 2 нед разрешается легкая дозированная физическая нагрузка;

• ограничение подъема тяжести более 5-7 кг, в последующем не более 10 кг;

• лечить хронические заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся длительным кашлем;

• регулировать акт дефекации;

• не рекомендуется после окончания периода реабилитации заниматься греблей, на велотренажере, ездой на велосипеде;