

Лекція № 4

Тема: Неправильні положення та аномалії розвитку жіночих статевих органів

План

- Аномалії будови жіночих статевих органів.
- Класифікація аномалій, причини аномалій розвитку жіночих статевих органів.
- Зарощення дівочої плівки і піхви, подвоєння матки. Генітальний інфантилізм.
- Неправильне положення матки, класифікація, причини.
- Опущення стінок піхви та матки. Клінічні прояви, лікування (консервативне та оперативне), догляд у післяопераційний період. Профілактика опущень матки.

Аномалії розвитку матки та піхви

Виходячи з механізму формування статевих органів, можливі такі варіанти вад розвитку матки та піхви:

1. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але не зливаються між собою по всій довжині. Утворюється повне подвоєння матки та піхви (*uterus didelphys*): у хворої дві піхви, розділені тонкою перетинкою, в кожному піхву відкривається шийка матки; дві матки (однорогі); у кожній матки одна труба та один яєчник. Обидві матки можуть функціонувати. У хворих з такою патологією частіше зустрічається невиношування вагітності. Здебільшого одна половина статевих органів буває розвинута краще за іншу (рис. 1-а).

2. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але їх злиття відбувається лише на певному проміжку — інші частини матки та піхви розділені перетинкою. Варіантів такої вади може бути багато: перетинка в піхві (*vagina septa*); наявність однієї піхви, в яку відкриваються дві шийки матки (*uterus bicornus bicollis*); перетинка в порожнині матки (*uterus septa*), дворога матка (*uterus bicornus*) (рис. 1-б); сідлоподібна матка (*uterus arcuatus*). При таких аномаліях статеві органи можуть функціонувати нормально, може наставати вагітність, але часто буває її передчасне переривання, при сідлоподібній матці нерідко діагностують неправильні положення плода (рис. 1-б, в, г).

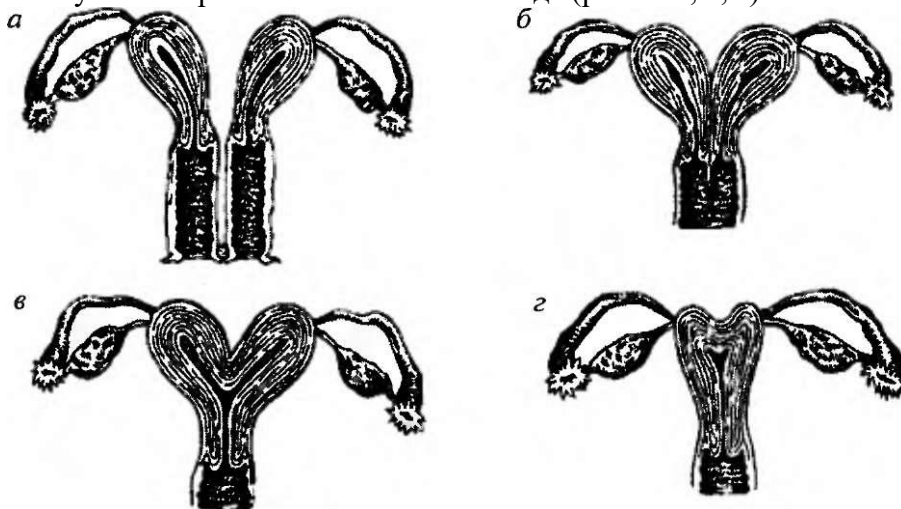


Рис. 1. Аномалії розвитку статевих органів:

а — повне подвоєння матки, шийки, піхви; б — повне подвоєння матки, шийки; в — дворога матка з однією піхвою; г — сідлоподібна матка

3. Одна з мюллерових проток розвивається правильно, а інша не розвивається зовсім. Формуються піхва, однорога матка з одним яєчником та однією трубою (uterus unicornus). У такої хворої слід обстежити сечовидільну систему, бо часто така вада поєднується з відсутністю нирки на ураженому боці. Однорога матка може функціонувати, менструальна функція зазвичай за типом гіпоменструального синдрому, жінка може вагітніти, проте висока частота переривання вагітності у ранніх термінах.

4. Одна з мезодермальних проток розвивається правильно, інша — недостатньо. Формується матка з рудиментарним рогом. Ці порожнини бувають з'єднаними між собою, тому можливе настання вагітності у рудиментарному рогові. Вона розвивається як позаматкова, при перериванні відбувається значна кровотеча (розрив рогу), що потребує хірургічного втручання. При наявності замкненої порожнини рудиментарного рогу у ньому може під час менструації скупчуватись кров, що потребує видалення рогу.

Якщо аномалії розвитку матки поєднуються із недорозвитком статевих органів, це супроводжується порушенням менструального циклу, безпліддям.

Діагностика полягає у проведенні огляду зовнішніх статевих органів, огляді шийки матки у дзеркалах, бімануальному дослідженні. Для уточнення діагнозу інколи необхідні УЗД, зондування порожнини матки, гістеросальпінгографія або контрастна сонографія (використовують контрастну речовину еховіст).

Лікування аномалій розвитку хірургічне. Подвоєння матки та піхви, яке не порушує статевої та репродуктивної функцій жінки, не потребує втручання. Оперативне лікування необхідне при наявності у рудиментарному розі позаматкової вагітності, або скупчення менструальної крові. Перетинки у піхві діагностують переважно під час вагітності або під час пологів; якщо вони перешкоджають народженню плода, їх розтинають.

Відсутність піхви (aplasia vaginae) є серйозною вадою розвитку, яка унеможливає здійснення менструальної, статевої та репродуктивної функцій. Розвивається первинно (внутрішньоутробно) або вторинно внаслідок зарощення після перенесених важких запальних процесів у ранньому дитинстві (віспа, дифтерія, скарлатина), дуже рідко — у жінок після важких пологових травм.

Лікування тільки хірургічне. Полягає у пластичній операції з утворенням піхви з ділянки сигмоподібної кишки, останнім часом набула поширення алопластика.

Гінатрезія — порушення прохідності статевого каналу в якомусь із його відділів. Найчастіше зустрічається атрезія дівочої пльиви (рис. 2), піхви, шийки матки.



Рис. 2. Атрезія дівочої пльиви

Первинна гінатрезія розвивається внутрішньоутробно внаслідок вад ембріонального розвитку. Вторинна (набута) є результатом запальних процесів, перенесених у дитячому віці. У зрілому віці може розвинути атрезія піхви як наслідок пологових травм, атрезія шийки матки після діатермокоагуляції, атрезія порожнини матки або зрощення у ній після надмірного вишкрібання під час абортів.

Первинна атрезія дівочої пльиви повинна бути діагностована медичним персоналом або матір'ю дівчинки ще у період новонародженості, тоді можна уникнути усіх подальших ускладнень. Якщо гінатрезія вчасно не виявлена, то з початком перших менструацій кров починає скупчуватись у піхві, розтягуючи її (haematocolpos). Дівчинка скаржить на біль. Після закінчення такої прихованої менструації кров гемолізується, рідка частина її всмоктується, об'єм зменшується, біль припиняється до початку наступних місячних. Якщо хвора не звертається за медичною допомогою, то кров, скупчуючись усе більше і більше,

збирається у порожнині матки (haemato- metra), потім у маткових трубах (haematosalpinx) (рис.3).

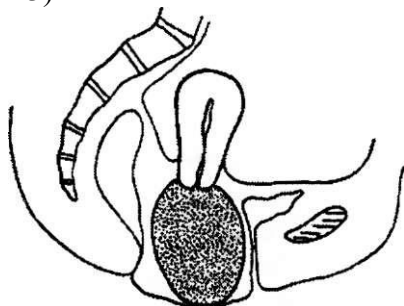


Рис. 3. Атрезія дівочої пліви. Гематокольпос

Діагностика полягає в огляді зовнішніх статевих органів, під час якого видно зарощену дівочу плівку та кров, що скупчилася позаду неї. При ректальному дослідженні можна пропальпувати пухлиноподібні утвори у ділянці піхви, матки, маткових труб.

Лікування — хірургічний розтин дівочої пліви. Плівку хрестоподібно розтинають, з піхви виливається густа, бурого кольору кров. На краї розтину накладають шви, щоб не сталося повторної атрезії.

Прогноз залежить від вчасної діагностики захворювання. При тривалому перебігові хвороби і розвитку гематометри та гематосальпінксів надалі в жінки можуть виникнути проблеми з виношуванням вагітності, а якщо у трубах розвинулися деструктивні зміни, може виникнути їх непрохідність. Часто розвивається ендометріоз внутрішніх статевих органів.

Аномалії розвитку яєчників

Гермафродитизм — це наявність в однієї особи ознак обох статей.

Справжній гермафродитизм — наявність у людини статевих залоз обох статей за умови їх одночасного функціонування. Така вада майже не зустрічається у практиці, бо діти, статеві залози яких містять тканину одночасно яєчника та яєчка, народжуються з вродливостями інших органів, несумісними з життям, і гинуть у перші доби після народження.

Несправжній гермафродитизм (псевдогермафродитизм) — це вада, при якій будова зовнішніх статевих органів не відповідає характеру статевої залози. Стать людини визначається набором хромосом, відповідно до якого розвиваються статеві залози. При несправжньому жіночому гермафродитизмі внутрішні статеві органи та статеві залози жіночі — яєчники, а зовнішні статеві органи розвинуті подібно до чоловічих — клітор збільшений і нагадує пеніс, великі статеві губи гіпертрофовані і нагадують калитку. Інколи після народження таким дітям помилково визначають стать і починають виховувати дівчинку як хлопчика, тому у випадку народження дитини з аномалією розвитку статевих органів необхідне ретельне обстеження, включаючи генетичне.

При несправжньому чоловічому гермафродитизмі статеві залози чоловічі — яєчка, а будова статевих органів нагадує жіночі.

Вроджений адреногенітальний синдром — хвороба, що розвивається внаслідок гіперфункції кіркового шару надниркових залоз, супроводжується підвищенням в організмі плода жіночої статі чоловічих статевих гормонів (андрогенів) та призводить до формування статевих органів дівчинки за чоловічим типом. При народженні дуже важливе правильне визначення статі.

Клініка. У таких дівчаток період статевого дозрівання розпочинається рано — у 6-7 років, супроводжується ознаками вірилізації (появою чоловічих вторинних статевих ознак) — ростом волосся, формуванням скелета та будови тіла за чоловічим типом. Діти низького зросту, нижні кінцівки короткі внаслідок раннього закриття епіфізарних хрящів. При постпубертатній формі, коли захворювання розпочинається після початку періоду статевого дозрівання, у дівчаток відзначається аменорея або олігоменорея, не розвиваються молочні залози, матка, яєчники. Надалі жінка страждає на первинну безплідність.

Лікування проводить лікар акушер-гінеколог спільно з ендокринологом. Призначають препарати глюкокортикоїдних гормонів (преднізолон, кортизон, дексаметазон) з метою зниження продукції андрогенів наднирковими залозами, завдяки чому підвищується гонадотропна функція гіпофіза, розпочинається стимуляція яєчників та продукція власних естрогенів.

Дисгенезія гонад (синдром Шерешевського-Тернера) - захворювання пов'язане з хромосомними порушеннями (відсутня одна X-хромосома), що зумовлюють недорозвиток яєчничкової тканини. Яєчники являють собою сполучнотканинні тяжі, функція їх відсутня.

Діагностика. Ці хворі низького зросту (не вищі 130-145 см). Маса тіла дітей при народженні також низька навіть при доношеній вагітності. При огляді характерні коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, широкі плечі, бочкоподібна грудна клітка. Зовнішні кути очей опущені, піднебіння високе, тому у хворих особливий тембр голосу. Психічний розвиток не порушений, статевая орієнтація жіноча, але в пубертатний період вторинні статеві ознаки розвиваються мало.

При гінекологічному огляді виявляють різко виражені ознаки статевого інфантилізму. Зовнішні статеві органи недорозвинуті, різка гіпоплазія піхви, матки та придатків. Для уточнення діагнозу велике значення мають генетичні дослідження, що підтверджують хромосомну аномалію. Тести функціональної діагностики дають картину різкого зниження або практичної відсутності гормонів, базальна температура постійно низька, симптоми «папороті» та «зіниці» відсутні. При кольпоцитологічному дослідженні -до 50% парабазальних клітин.

Лікування до пубертатного віку спрямоване на стимуляцію росту. Після 15-17 років розпочинають замісну терапію гормонами, естрогенні гормони 6-9 місяців, після цього переходять на циклічну терапію естрогенами та прогестероном. Таке лікування призводить до розвитку вторинних статевих ознак, появи циклічних кровотеч із матки.

Недорозвиток статевих органів

Недорозвиток або відсутність вторинних статевих ознак у 13-14 років, відсутність менструацій у 15-16 років слід розглядати як затримку статевого розвитку (ЗСР).

Розрізняють 2 форми ЗСР - центральну та яєчникову

Центральна форма затримки статевого розвитку найчастіше зумовлена такими чинниками, як інфекційно-токсичні захворювання (ревматизм, вірусний грип, хронічний тонзиліт, туберкульоз), стрсові ситуації, надмірні фізичні навантаження. Ці чинники, діючи у дитячому віці, призводять до функціональної незрілості гіпоталамічних структур, що відповідають за статевий розвиток, порушується регуляція функції репродуктивної системи.

Затримка статевого розвитку яєчничового генезу найбільш часто виникає у хворих із генетичними дефектами. Спадковий фактор прослідковується у 2/3 хворих. Пошкодження яєчників настає ще у внутрішньоутробному періоді розвитку, причому ступінь пошкодження фетальних яєчників залежить від тривалості дії патогенного чинника прийому матер'ю медикаментозних препаратів, особливо гормональних, інфекційних захворювань матері тощо. У дитячому віці оваріальну недостатність найчастіше спричиняють перенесені дівчиною епідемічний паротит і краснуха.

Клінічно затримка статевого розвитку проявляється вираженим тією чи іншою мірою статевим (генітальним) інфантилізмом.

Генітальним інфантилізмом називають такий стан, коли у жінки репродуктивного віку зберігаються анатомічні та пов'язані з ними функціональні особливості статевих органів притаманні дитячому організму.

Діагностика. При зовнішньому огляді жінки звертає увагу низький зріст, тендітна будова тіла, малі розміри молочних залоз. Волосистість на лобку розвинута слабо, великі статеві губи не прикривають малі. Піхва вузька, склепіння не виражені. Матка маленька, причому 2/3 припадають на її шийку, 1/3 — на тіло. Враховуючи таку анатомічну особливість, часто буває різкий перегин матки наперед — гострокутова антефлексія. Довжина порожнини матки завжди менша від норми (6 см та менша). За довжиною порожнини встановлюють

ступінь недорозвитку матки: I ступінь — 7-5 см; II ступінь — 5-3,5 см; III ступінь - менше за 3,5 см. Маткові труби довгі та звивисті, яєчники значно менші за норму.

Функціональні зміни тісно пов'язані з структурними. Менструації у таких жінок починаються пізно — у 15-16 років, а при значному недорозвитку може бути первинна аменорея. Кількість виділень незначна, тривалість менструації - 1-2 дні (гіпоменструальний синдром). Інколи менструації настають не щомісяця, а 1 раз на 2-3 місяці і рідше. Місячні супроводжуються сильним болем (альгодисменорея), що пов'язано з будовою матки. При вираженому недорозвитку яєчників та значному зниженні їх функції у жінок відсутній статевий потяг. Якщо гормональний фон змінений помірно, статева функція збережена. Жінки з гіпопластичною маткою тривалий час після заміжжя не можуть завагітніти (первинна безплідність). Якщо ж вагітність настає, вона може бути позаматковою (з огляду на будову маткових труб), або переривається у ранні терміни, оскільки недостатня кількість гормонів не забезпечує нормальний розвиток вагітності. Таких викиднів у хворих на генітальний інфантилізм може бути кілька (звичні викидні, але вагітність і пов'язаний із нею інтенсивний викид гормонів завжди позитивно впливають на організм хворої, бо сприяють розвитку матки).

Лікування таких хворих має бути комплексним і полягає у загальнозміцнюючій терапії, фізіотерапевтичному лікуванні, призначенні малих доз гормонів для стимуляції функції яєчників. Рекомендовані заняття спортом, санаторно-курортне лікування, гінекологічний масаж. Чим раніше розпочати лікування, тим більші шанси на успіх.

Неправильні положення матки

Фізіологічним положенням матки вважають розміщення її у центрі малого таза на однаковій віддалі від симфіза, крижів та бокових стінок таза, коли дно матки розміщується нижче площини входу в малий таз, зовнішнє вічко шийки матки — на рівні сідничних остей (linea interspinalis).

Це положення забезпечується підвішувальним, підтримуючим та фіксуєчим апаратом матки. Велике значення також має власний тонус матки та піхви, а також тонус передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів тазового дна.

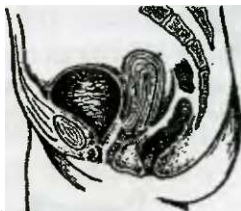
Позиція матки — це відношення матки до провідної осі таза. Матка може зміщуватись щодо свого нормального положення. Це зміщення може бути фізіологічним — тоді матка повертається до свого попереднього положення, або патологічним, фіксованим. За таких умов матка нерухомо фіксована до стінок таза або сусідніх органів спайками чи пухлиною.

Антепозиція — зміщення матки щодо провідної осі допереду.

Ретропозиція — зміщення матки дозаду.

Латеропозиція (dextro- et sinistropositio) — зміщення матки у відповідний бік.

Фізіологічна ретропозиція матки виникає при переповненні сечового міхура, антепозиція — при повній прямій кишці.



Фізіологічна ретропозиція



Фізіологічна антепозиція



Зміщення матки дозаду спайками

Нахилення матки (*versio uteri*)—це відношення вертикальної осі матки до горизонтальної площини. Розрізняють нахилення матки наперед (*anteversio*), убік (*lateroversio*), а також назад (*retroversio*).

Причинами патологічних нахилень матки можуть бути пухлини статевих органів (причому зміщується тільки тіло матки, а шийка залишається на місці), недостатність зв'язкового апарату матки.

Перегин матки (*flexio uteri*) — це відношення тіла матки до її шийки. У нормі між тілом матки та шийкою існує тупий кут (близько 120°), відкритий допереду (*anteflexio*). Якщо кут менший прямого, така антефлексія вважається гострокутовою (зустрічається при генітальному інфантілізмі).

Перегин матки дозаду (*retroflexio*) або праворуч (*lateroflexio dextra*) чи ліворуч (*lateroflexio sinistra*) є патологічним. Ретрофлексія буває рухомою та фіксованою. Фіксація виникає при зрощенні матки з парієтальною очеревиною. Поєднання *retroversio* і *retroflexio* називається **ретродевіацією матки**. Ретрофлексія та ретродевіація матки супроводжуються ниючим тупим болем унизу живота, болючими місячними (альгодисменореєю), безплідністю, внаслідок порушення кровопостачання та застою крові можуть розвиватися ерозії шийки матки, ендометріоз. Іноді хворі скаржаться на порушення сечовипускання — сечовипускання часте та болюче, можуть бути затримка випорожнень та біль при дефекації. Ці явища іноді вдається ліквідувати шляхом репозиції матки. У похилому віці у жінок із ретродевіацією частіше виникають опущення та випадіння матки.

патологічним. Ретрофлексія буває рухомою та фіксованою. Фіксація виникає при зрощенні матки з парієтальною очеревиною. Поєднання *retroversio* і *retroflexio* називається **ретродевіацією матки**. Ретрофлексія та ретродевіація матки супроводжуються ниючим тупим болем унизу живота, болючими місячними (альгодисменореєю), безплідністю, внаслідок порушення кровопостачання та застою крові можуть розвиватися ерозії шийки матки, ендометріоз. Іноді хворі скаржаться на порушення сечовипускання — сечовипускання часте та болюче, можуть бути затримка випорожнень та біль при дефекації.

Ці явища іноді вдається ліквідувати шляхом репозиції матки. У похилому віці у жінок із ретродевіацією частіше виникають опущення та випадіння матки.

Опущення та випадіння матки

З огляду на тісний анатомічний зв'язок між маткою, піхвою, придатками, сечовим міхуром та прямою кишкою, опущення та випадіння матки є єдиним патологічним процесом. Залежно від стадії цього процесу, розрізняють опущення матки і стінок піхви та їх випадіння.

Опущення стінок піхви — стінки піхви втратили тонус, опущені та не виходять за межі входу в піхву.

Випадіння стінок піхви — стінки піхви знаходяться нижче входу в піхву.

Ступені зміщення матки донизу:

I ступінь — вагінальна частина шийки матки знаходиться нижче сідничних остей (*linea interspinalis*), проте не виходить за межі статевої щілини навіть при натужуванні (опущення матки);

II ступінь — зовнішнє вічко шийки матки виходить за межі статевої щілини, знаходиться нижче входу в піхву, а тіло матки — вище (неповне випадіння матки);

III ступінь — вся матка і стінки піхви знаходяться поза межами статевої щілини (повне випадіння).

Етіологія та патогенез. Зміщенню матки донизу сприяють чинники, що призводять до послаблення або порушення структури підвішувального, підтримуючого та фіксуєчого апарату матки: багаторазові пологи, розриви піхви та промежини під час пологів, запори, підняття вантажів, важка фізична праця. Частіше опущення та випадіння матки розвивається у жінок після 50 років у зв'язку з початком вікової атрофії статевих органів та зв'язкового апарату.

Клініка. Опущення та випадіння матки—тривалий процес. Жінка скаржиться на тягнучий біль внизу живота та у ділянці крижів, часте сечовипускання, нетримання сечі, що виникає при найменших фізичних навантаженнях, кашлі, різких рухах. Згодом з піхви з'являється пухлиноподібне утворення - шийка матки з отвором (зовнішнім вічком шийки матки). Якщо жінка менструє, можливе виникнення менорагій. Статеве життя можливе після вправлення матки. Жінка може завагітніти. Якщо вагітність розвивається, у перші місяці трапляються випадки мимовільного її переривання, після 12 тижнів вагітності матка перестає випадати з огляду на її великі розміри, після пологів випадіння відновлюється.

Разом із передньою стінкою піхви опускається та випадає стінка сечового міхура - формується цистоцеле (*cystocele*). Опущення матки і випадіння стінок піхви випадіння задньої стінки піхви призводять до утворення грижі прямої кишки — ректоцеле (*rectocele*).

Лікування. Метод лікування для кожної хворої підбирають індивідуально, що залежить від віку, загального стану хворої, наявності менструальної та статевої функцій.

Консервативне лікування показане жінкам при невеликому опущенні матки, у репродуктивному віці або виснаженим хворим, вік чи загальний стан яких не дозволяє застосувати оперативне втручання. Дуже важливий лікувально-охоронний режим з виключенням фізичних навантажень. Варто рекомендувати заняття лікувальною фізкультурою, спрямовані на зміцнення м'язів черевного преса і тазового дна, раціональне харчування для запобігання закрепам.

Ортопедичний метод полягає у введенні у піхву спеціальних пристроїв для утримання матки на місці (гумові кільця). Слід звертати велику увагу на гігієну статевих органів при користуванні песаріями, регулярно їх виймати та стерилізувати кип'ятінням.

Оглядають промежину, щоб виявити наявність на ній рубців та оцінити функціональний стан м'язів тазового дна.

Консервативне лікування полягає також у лікуванні трофічних виразок та кольпітів, що часто розвиваються у таких хворих. Лікування призначає лікар, виконувати його призначення може акушерка або медична сестра. Стінки піхви, що випали, та шийку матки обробляють антисептичними розчинами (перманганату калію, фурациліну, перекису водню, хлоргексидину біглюконату). Після обробки тканини, що випали, висушують стерильною марлевою серветкою. На поверхню декубітальної виразки наносять мазь або лінімент з антисептиками, накривають поверхню стерильною серветкою, вправляють матку. У піхву можна вводити тампон з асептичними засобами, величина тампона залежить від об'єму піхви. Після ліквідації запальних явищ та кольпіту для прискорення регенерації тканин на ділянку декубітальної виразки можна наносити мазь із солкосерилом, апілаком, метилурацилом, пропоцеумом. Такі процедури проводять щодня впродовж 1-2 тижнів до повного загоєння виразки. Якщо за цей час виразка не загоїлася, слід провести біопсію для дифдіагностики з раком шийки матки.

Ретельного спостереження з боку лікаря жіночої консультації, акушерки та фельдшера, які працюють на ФАПі, потребують жінки похилого віку, які користуються вагінальними песаріями (на які наносять вагінальний крем «Овестин»), оскільки тривале їх використання може призвести до розвитку пролежнів на шийці матки та піхві.

Якщо тканини, що випали, защемлюються, виникає гостра затримка сечі, сечу слід вивести катетером, а хвору госпіталізувати. При катетеризації слід спрямовувати катетер не вгору, до симфіза, а навпаки, донизу, оскільки уретра, з'єднана з передньою стінкою піхви, змінює свій звичайний хід.

Хірургічне лікування є найбільш радикальним методом. Основною метою лікування є відновлення цілості м'язів тазового дна, створення опори для матки, а також відновлення нормальної будови та функції зв'язок матки.

У старечому віці при повному випадінні матки у поєднанні із супровідною патологією (пухлини матки тощо) проводять екстирпацію матки через піхву. Цю операцію поєднують із пластикою задньої стінки піхви та леваторопластиком.

Обов'язковою умовою для проведення хірургічного втручання є повне загоєння декубітальних виразок, відсутність запального процесу в піхві.

Профілактика опущення і випадіння матки та стінок піхви є важливою у медичному та соціальному аспектах. Важливо, щоби протягом життя жінка виконувала посилене фізичне навантаження, займалася спортом, тренувала м'язи черевного преса і тазового дна. При прийомі пологів необхідно вчасно діагностувати та повноцінно відновлювати розриви промежини, якщо вони виникають. Лікар та акушерка післяпологового відділення повинні проводити ретельний догляд за швами, стежити за режимом та поведінкою жінки у післяпологовому періоді, не дозволяти жінці із розривами промежини передчасно вставати з ліжка та сидати.

Література

1. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. *Грищенко В.І., Щербини М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. *Назарова І.Б., Пісарев А.А., Михайлов О.В.* Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. *Степанківська О.В., Щербина М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. *Хохліч Т.І.* Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.