

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Аномалии положения женских половых органов»

Выполнила:	клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Шевченко О.В.
Проверил:	Ассистент Коновалов В.Н.

Содержание

Введение	2
Этиология и патогенез	2
Классификация аномалий положения половых органов	4
Гиперантефлексия	5
Ретрофлексия матки	6
Пролапс тазовых органов	7
Заключение	11
Список литературы	13

Введение

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. Опущения и выпадения внутренних половых органов относятся к аномалиям положения половых органов.

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

Генитальный пролапс нужно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, развивающейся в области влагалищного входа. В терминологии опущения и выпадения внутренних половых органов широко применяют синонимы, такие как «генитальный пролапс», «цисторектоцеле»; используют следующие определения: «опущение», неполное или полное «выпадение матки и стенок влагалища». При изолированном опущении передней стенки влагалища уместно использовать термин «цистоцеле», при опущении задней стенки — «ректоцеле». Хирургическая коррекция пролапса гениталий занимает третье место в структуре показаний к оперативному лечению после доброкачественных опухолей и эндометриоза. Необходимо отметить частые рецидивы пролапса гениталий после хирургического лечения (до начала использования сетчатых протезов частота рецидивов составляла 33 – 61%).

Этиология и патогенез

Этиология нарушений анатомии и функции тазовых органов, в частности пролапс тазовых органов, носит многофакторный характер.

Факторы риска:

- а) аномалии развития мюллеровых каналов и врожденная недостаточность связочного и поддерживающего аппарата внутренних половых органов;
- б) разрывы промежности в родах, большое количество родов;
- в) воспалительные заболевания внутренних половых органов, образование спаек (пельвиоперитонит) в малом тазу;
- г) опухоли и опухолевидные образования в малом тазу;
- д) общая астения, старческий возраст;
- е) семейная форма ПТО;
- ж) избыточная масса тела/ожирение;
- з) курение;
- и) повышение внутрибрюшного давления;

к) дефицит эстрогенов.

Аномалии положения внутренних половых органов женщин могут быть врожденными и приобретенными. То или иное положение внутренних половых органов всегда связано с положением матки, являющейся в анатомо-топографическом отношении центральным органом малого таза. Поэтому необходимо изучить различные положения матки в физиологических и патологических условиях. Типичным принято называть такое положение матки, когда она при опорожненном мочевом пузыре и прямой кишке находится в середине малого таза, дно ее на уровне плоскости входа в малый таз, наружный зев шейки матки на уровне плоскости узкой части полости малого таза (интерспинальная линия). Угол, образованный шейкой и телом матки является тупым (примерно 100), открыт кпереди (*anteflexio uteri*). Если шейка матки обращена к крестцу, а дно матки к лону, такое положение обозначают термином *anteversio uteri*. Таким образом, типичное (нормальное) положение матки в тазу обозначается термином *anteflexioversio uteri*.

Факторы, способствующие сохранению нормального положения половых органов в малом тазу:

1. Собственный тонус половых органов, зависящий от правильного функционирования всех систем организма (состояние нервной системы, условия кровообращения и уровень половых гормонов в циркулирующей крови, понижение тонуса в связи с заболеваниями, старческой атрофией).

2. Взаимоотношения между внутренними органами, согласованная деятельность диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна.

3. Подвешивающий и поддерживающий аппарат матки:

а) к подвешивающему аппарату относятся: круглые связки матки, широкие связки, прямокишечно-маточные мышцы, собственные связки яичников, воронко - тазовые связки;

б) поддерживающий аппарат составляют: основные связки, крестцовоматочные связки, мышцы и фасции тазового дна.

Классификация аномалий положения половых органов.

Смещение матки по горизонтальной плоскости может быть в четырех формах:

а) *antepositio uteri* – вся матка смещена кпереди;

б) *retropositio uteri* – матка смещена кзади;

в) *dextropositio uteri* – матка смещена вправо;

г) *sinistropositio uteri* – матка смещена влево;

Смещения матки вокруг продольной оси:

а) поворот матки (*rotacio uteri*) – это вращение матки – тела и шейки вполюборота вокруг вертикальной оси, справа налево, или наоборот.

б) перекручивание матки (*torsio uteri*) – это поворот тела матки по вертикальной оси в области нижнего сегмента при неподвижной шейке.

Смещения матки по вертикальной плоскости (вверх и вниз):

а) смещение матки кверху (*elevatio uteri*);

б) опущение матки (*descensus uteri*);

в) выпадение матки (*prolapsus uteri*) – различают неполное выпадение матки, когда из половой щели выходит только шейка матки (*prolapsus uteri partialis*), полное выпадение матки, когда шейка и тело матки располагаются ниже половой щели, что обычно сопровождается выворотом стенок влагалища (*prolapsus uteri totalis*);

г) выворот матки (*inversio uteri*) – при этом серозная оболочка располагается внутри, слизистая – снаружи, тело матки располагается ниже шейки во влагалище.

Гиперантефлексия.

Гиперантефлексия — патологический перегиб матки кпереди, когда между телом и шейкой матки создается острый угол ($<70^\circ$). Патологическая антефлексия может быть следствием полового инфантилизма, реже это результат воспалительного процесса в малом тазу.

Клиническая картина гиперантефлексии соответствует таковой основного заболевания, вызвавшего аномалию положения матки. Наиболее типичны жалобы на нарушения менструальной функции по типу гипоменструального синдрома, альгоменорею. Часто возникают жалобы на бесплодие (обычно первичное).

Диагноз устанавливают на основании характерных жалоб и данных влагалищного исследования. Обнаруживают, как правило, небольших размеров матку, резко отклоненную кпереди, удлиненную коническую шейку матки, узкое влагалище и уплощенные влагалищные своды.

Лечение гиперантефлексии основано на устранении причин, вызвавших эту патологию (лечение воспалительного процесса). При наличии выраженной альгоменореи используют различные обезболивающие препараты. Широко применяют спазмолитические средства (но - шпа, метамизол натрия — баралгин и др.), а также антипростагландины: индометацин, фенилбутазон и другие, которые назначаются за 2—3 дня до начала менструации.

Ретрофлексия матки.

Ретрофлексия матки характеризуется наличием угла между телом и шейкой матки, открытым кзади. При таком положении тело матки отклонено кзади, а шейка кпереди.

При ретрофлексии мочевого пузыря остается неприкрытым маткой, и петли кишечника оказывают постоянное давление на переднюю поверхность матки и заднюю стенку мочевого пузыря. Вследствие этого длительная ретрофлексия способствует опущению или выпадению половых органов.

Различают подвижную и фиксированную ретрофлексию матки. Подвижная ретрофлексия является следствием снижения тонуса матки и ее связок при родовой травме, опухолях матки и яичников. Подвижная ретрофлексия также часто встречается у женщин астенического телосложения и с выраженным похудением вследствие общих тяжелых заболеваний. Фиксированная ретрофлексия матки наблюдается при воспалительных процессах в малом тазу и эндометриозе.

Вне зависимости от варианта ретрофлексии больные жалуются на тянущие боли внизу живота, особенно перед менструацией и во время нее, нарушение функции соседних органов и менструальной функции (альгоменорея, менометроррагия). У многих женщин ретрофлексия матки не сопровождается какими-либо жалобами и обнаруживается случайно при гинекологическом исследовании.

Диагностика ретрофлексии матки обычно не представляет каких-либо трудностей. При бимануальном исследовании определяется отклоненная кзади матка, пальпируемая через задний свод влагалища. Подвижная ретрофлексия матки устраняется довольно легко — матка переводится в нормальное положение. При фиксированной ретрофлексии вывести матку обычно не представляется возможным.

При бессимптомной ретрофлексии матки лечение не показано. Ретрофлексия с клинической симптоматикой требует лечения основного заболевания, вызвавшего данную патологию (воспалительные процессы, эндометриоз). При выраженном болевом синдроме для уточнения диагноза и устранения причины боли показана лапароскопия. Пессарии, хирургическую коррекцию и гинекологический массаж, ранее широко применявшиеся для удержания матки в правильном положении, в настоящее время не применяют.

Пролапс тазовых органов.

Пролапс тазовых органов - периферическое смещение матки и/или стенок влагалища в результате растяжения фасциальных структур малого таза.

Генитальный пролапс нужно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна. У большинства пролапс гениталий является сочетанным, то есть вместе с половыми органами в пролапсе участвуют смежные органы малого таза (мочевой пузырь, прямая кишка, петли кишечника).

Различают следующие варианты опущения и выпадения половых органов:

- опущение передней стенки влагалища. Нередко вместе с ней опускается, а иногда и выпадает часть мочевого пузыря — цистоцеле (cystocele);
- опущение задней стенки влагалища, которое иногда сопровождается опущением и выпадением передней стенки прямой кишки — ректоцеле (rectocele);
- опущение заднего свода влагалища различной степени — энтероцеле (enterocele);
- неполное выпадение матки: шейка матки доходит до половой щели либо выходит наружу, при этом тело матки находится в пределах влагалища;
- полное выпадение матки: вся матка выходит за пределы половой щели.

Часто при опущении и выпадении половых органов отмечается удлинение шейки матки — элонгация.

Стадирование

Наиболее простой и удобной для клиницистов является классификация М.С. Малиновского, согласно которой:

- при I степени выпадения стенки влагалища доходят до входа во влагалище, наблюдается опущение матки (наружный зев шейки матки находится ниже спинальной плоскости);
- при выпадении II степени (неполное выпадение матки) — шейка матки выходит за пределы половой щели, тело матки располагается выше нее;
- при выпадении III степени (полное выпадение) вся матка находится ниже половой щели (в грыжевом мешке).

Широко распространенной является также классификация по Baden—Walker:

- I степень — при натуживании шейка матки не достигает входа во влагалище;
- II степень — при натуживании шейка матки достигает входа во влагалище;
- III степень — при натуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца;
- IV степень — полное выпадение

Наиболее современной следует признать стандартизированную классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). В основе классификации лежит измерение 9 точек относительно плоскости гименального кольца, соответствующего нулю:

анатомическая позиция - Aa (A anterior) расстояние от гимена до шейки мочевого пузыря в норме 3 см;

«Ba» (D anterior) расстояние от гимена до наиболее выдающейся части передней стенки влагалища в норме не меньше чем 3 см;

«Ap» (A posterior) расстояние от гимена до проекции m. levator ani на заднюю стенку влагалища в норме не менее 3 см;

«Bp» (B posterior) расстояние от гимена до наиболее выступающей точки задней стенки влагалища выше уровня m. levator ani, в норме не менее 3 см;

«C» расстояние до наиболее дистальной (т.е. ниспадающей) части шейки матки или вершины купола (рубец после гистерэктомии), в норме не меньше 7 см;

«D» локализуется в заднем своде (карман Дугласа) у женщин, имеющих шейку матки, в норме не менее 9 см. Она показывает уровень прикрепления крестцово - маточных связок к проксимальной части шейки матки сзади. Ее измерение проводят для дифференцирования несостоятельности поддержки утеросакральнокардинального комплекса от элонгации шейки матки. Когда положение точки «C» значительно отличается от точки «D», это указывает на элонгацию шейки, которая может быть как симметричной, так и эксцентричной. Измерение точки «D» не проводится при отсутствии шейки матки; общая длина влагалища «TVL» – максимальная длина влагалища, выраженная в сантиметрах. В случае если точки «C» и «D» не в нормальной анатомической позиции, выпавшая передняя или задняя стенки влагалища не включаются в измерение общей длины влагалища;

промежностное тело «PB» измеряется от половой щели до середины анального отверстия и выражается в сантиметрах;

«GH» генитальная щель — расстояние от наружного отверстия уретры до заднего края гимена.

Стадия 0 – нет пролапса. Точки Аа, Ар, Ва, Вр — все — 3 см, С и D имеют значение со знаком минус.

Стадия I – наиболее дистальная часть пролапса > 1 см над уровнем гимена.

Стадия II – наиболее дистальная часть пролапса ≤ 1 см проксимальнее или распространяется на 1 см через плоскость гимена.

Стадия III – наиболее дистальная часть пролапса > 1 см дистальнее гимена, при этом tvl уменьшается не более чем на 2 см (нет полного вагинального выворота).

Стадия IV – полное выпадение, tvl уменьшается более чем на 2 см.

Клиническая картина.

Опущение и выпадение половых органов развивается медленно. Основным симптомом выпадения матки и стенок влагалища является обнаруживаемое самой больной наличие «инородного тела» вне влагалища. Поверхность выпавшей части половых органов, покрытая слизистой оболочкой, подвергается ороговению, принимает вид матовой сухой кожи с трещинами, ссадинами, а затем и изъязвлениями. В дальнейшем больные жалуются на ощущение тяжести и боль внизу живота, пояснице, крестце, усиливающиеся во время ходьбы и после нее, при подъеме тяжести, кашле, чиханье. Застой крови и лимфы в выпавших органах приводит к цианозу слизистых оболочек и отеку подлежащих тканей. На поверхности выпавшей шейки матки нередко формируется декубитальная язва.

Выпадение матки сопровождается затруднением мочеиспускания, наличием остаточной мочи, застоем в мочевыводящих путях и затем инфицированием сначала нижних, а при прогрессировании процесса — и верхних отделов мочевыделительной системы.

Длительно существующее полное выпадение внутренних половых органов может быть причиной гидронефроза, гидроуретера, обструкции мочеточников. У каждой 3-й больной с пролапсом гениталий развиваются проктологические осложнения. Наиболее частое из них — запор, причем в одних случаях он является этиологическим фактором заболевания, в других — следствием и проявлением болезни.

Диагностика.

Диагноз опущения и выпадения половых органов ставят на основании данных гинекологического исследования. После осмотра

для пальпации выпавшие половые органы вправляют и производят бимануальное исследование. При этом оценивают состояние мышц тазового дна, особенно т. levator ani определяют величину и подвижность матки, состояние придатков матки и исключают наличие другой патологии.

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. Показано также УЗИ органов малого таза.

Лечение.

При небольших опущениях внутренних половых органов, когда шейка матки не достигает преддверия влагалища, и при отсутствии нарушения функции соседних органов возможно консервативное ведение больных с применением комплекса физических упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна (упражнения Кегеля), лечебной физкультуры, ношением пессария.

При более тяжелых степенях опущения и выпадения внутренних половых органов применяют хирургическое лечение.

На современном уровне хирургическая коррекция опущений и выпадений половых органов может осуществляться различными доступами: вагинальным, лапароскопическим и лапаротомическим. Выбор доступа и способа хирургического вмешательства у пациенток с опущением и выпадением половых органов определяется: степенью опущения внутренних половых органов; наличием сопутствующей гинекологической патологии и ее характером; возможностью и необходимостью сохранения или восстановления детородной, менструальной функций; особенностями нарушения «функции толстой кишки и сфинктера прямой кишки, возрастом больных; сопутствующей экстрагенитальной патологией, степенью риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

При хирургической коррекции пролапса половых органов для укрепления анатомических структур могут использоваться как собственные ткани больной, так и синтетические материалы. В настоящее время предпочтение отдается синтетическим материалам.

Основные операции, используемые большинством гинекологов при лечении опущений и выпадений половых органов.

1. Передняя кольпоррафия — пластическая операция на передней стенке влагалища, которая заключается в выкраивании и иссечении лоскута из излишков ткани передней стенки влагалища, показана при опущении передней стенки влагалища и (или) цистоцеле.

2. Кольпоперинеолеваторопластика — операция направлена на укрепление тазового дна. Она выполняется как основное пособие или как дополнительная операция при всех видах хирургических вмешательств по поводу опущения и выпадения половых органов.

3. Манчестерская операция

4. Влагалищная экстирпация матки

5. Двухэтапная комбинированная операция в модификации В.И. Краснопольского (1997), заключающаяся в укреплении крестцово - маточных связок апоневротическими лоскутами, выкроенными из апоневроза наружной косой мышцы живота (проведенными экстраперитонеально) в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой.

6. Кольпопексия (фиксация купола влагалища). Кольпопексию выполняют женщинам, ведущим половую жизнь. Операция может выполняться раз личными доступами. При влагалищном доступе купол влагалища фиксируется к крестцово - остистой связке (обычно справа). При лапароскопическом или абдоминальном доступе купол влагалища с помощью синтетической сетки фиксируется к передней продольной связке крестца (промонтофиксация, или сакропексия). Подобная операция может быть выполнена как после экстирпации матки, так и после надвлагалищной ее ампутации (фиксируется купол влагалища или культи шейки матки).

7. Операции ушивания (облитерации) влагалища (операции Лефора— Нейгебауэра, Лабгардта) нефизиологичны, исключают возможность половой жизни.

Несмотря на существование более 300 способов хирургического лечения пролапса тазовых органов, около 30 % прооперированных женщин будут нуждаться в повторной операции. Эти данные свидетельствуют не только о, подчас, неадекватном выборе метода оперативной коррекции ПТО, но и о недооценке состояния тканей тазового дна и всех факторов риска, приведших к развитию ПТО.

Заключение.

Пролапс тазовых органов является важной социальной проблемой, так как до 47% пациенток, страдающих этим заболеванием, имеют трудоспособный возраст и многие отмечают значительное снижение качества жизни. Несмотря на широкую

распространенность пролапса тазовых органов и множества его факторов риска, данное заболевание остается неизученным. Пропалса гениталий является многофакторной и полиэтиологичной. При ее решении часто возникают значительные технические трудности, связанные не только с хирургической реконструкцией тазового дна, но и с проблемой выбора наименее травматичного и эффективного метода оперативного вмешательства. Длительный, прогрессирующий характер заболевания, приводящий к усугублению функциональных нарушений, обуславливает необходимость обоснованного выбора (с одной стороны, стандартизированного, а с другой – индивидуального) метода хирургической коррекции для каждой пациентки. Необходим комплексный подход, который позволит улучшить результаты хирургического лечения больных с пролапсом гениталий, снизить частоту рецидивов данного заболевания и риск ближайших и отдаленных неблагоприятных результатов хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского., И. Б. Манухина – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2017 г. – С. 597 – 604.
2. Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов» - 2021 г.
3. Лологаева М. С., Арютин Д. Г., Оразов М. Р., Токтар Л. Р., Ваганов Е. Ф., Каримова Г.А. «Проплапс тазовых органов в XXI в.». – Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения.– 2018 г. – 7 (3). – С. 76 – 82.
4. «Проплапс тазовых органов у женщин. Современные методы коррекции.» В. А. Сейкина, Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова, С. А. Прохвятилов - Вестник ВолгГМУ, Выпуск 4 (64). 2017 г.
5. «Проплапс гениталий» Д.м.н., проф. С.Н. Буянова, д.м.н., проф. Н.А. Щукина, асп. Е.С. Зубова, асп. В.А. Сибряева, к.м.н. И.Д. Рижинашвили - Российский вестник акушера-гинеколога 1, 2017г.