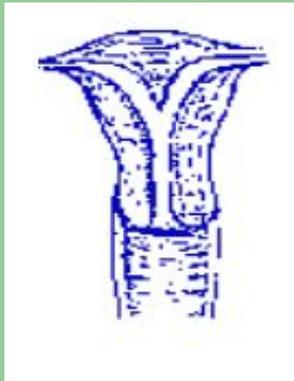


Аномалии развития женских половых органов



ГБОУ ВПО Минздрава РФ
Уральский государственный медицинский университет
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
доцент к.м.н. Коротовских Л.И.
2014

Определение понятия

- Под термином «врожденный порок развития» следует понимать стойкие морфологические изменения органа или всего организма, выходящие за пределы вариаций их строения. Возникают внутриутробно в результате нарушения процессов развития зародыша.
- Синоним «врожденные аномалии» - отклонение от структуры и/или функции, присущей данному биологическому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма.

ТЕРМИНЫ

- **ANOMALIA** (греч.) отклонение
 - **MALFORMATION** (англ.) порок развития
 - **Mißbildung** (немец.) порок развития
 - **MONSTRE** (франц.) уродство
- «Уродства развития», «диспластические болезни», «дизонтогении», «дисплазии»
- Постнатальные (**NATUS** рождённый) нарушения пропорций или размеров органов, вследствие эндокринных расстройств (гипофизарная карликовость, гигантизм, акромегалия), к врожденным порокам относить не следует

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

Источник: Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- **Агенезия** - полное врожденное отсутствие органа и даже его зачатка.
- **Аплазия** - врожденное отсутствие части органа с наличием его сосудистой ножки.
- **Атрезия** - полное отсутствие канала или естественного отверстия.
- **Гипоплазия** - недоразвитие и несовершенное образование органа:
 - простая форма гипоплазии
 - диспластическая форма гипоплазии (с нарушением структуры органа).

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- **Гиперплазия (гипертрофия)** - увеличение относительных размеров органа за счет увеличения количества клеток (гиперплазия) или объема клеток (гипертрофия).
- **Гетеротопия** - наличие клеток, тканей или целых участков органа в другом органе или в тех зонах того же органа, где их быть не должно.
- **Эктопия** - смещение органа, т.е. расположение его в необычном месте.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- **Мультипликация** - умножение (обычно удвоение) частей или числа органов.
- **Не разделение (слияние)** - отсутствие разъединения органов или их частей, в норме существующих раздельно.
- **Персистирование** - сохранение рудиментарных структур, которые должны исчезнуть в постнатальном периоде, редуцироваться.
- **Стеноз** - сужение канала или отверстия.

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 (коровей 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

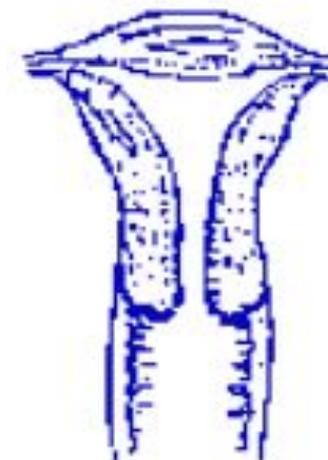
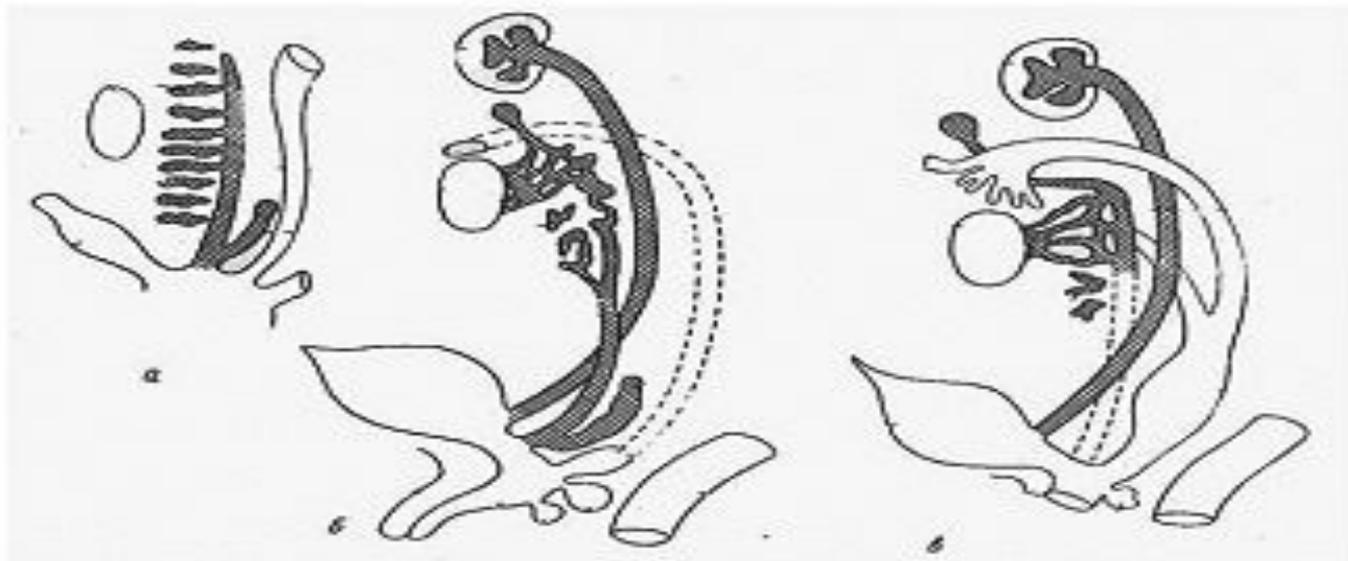
Формирование внутренних половых органов проходит в 3 этапа:

- рост протоков в каудальном направлении и формирование Мюллера 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.

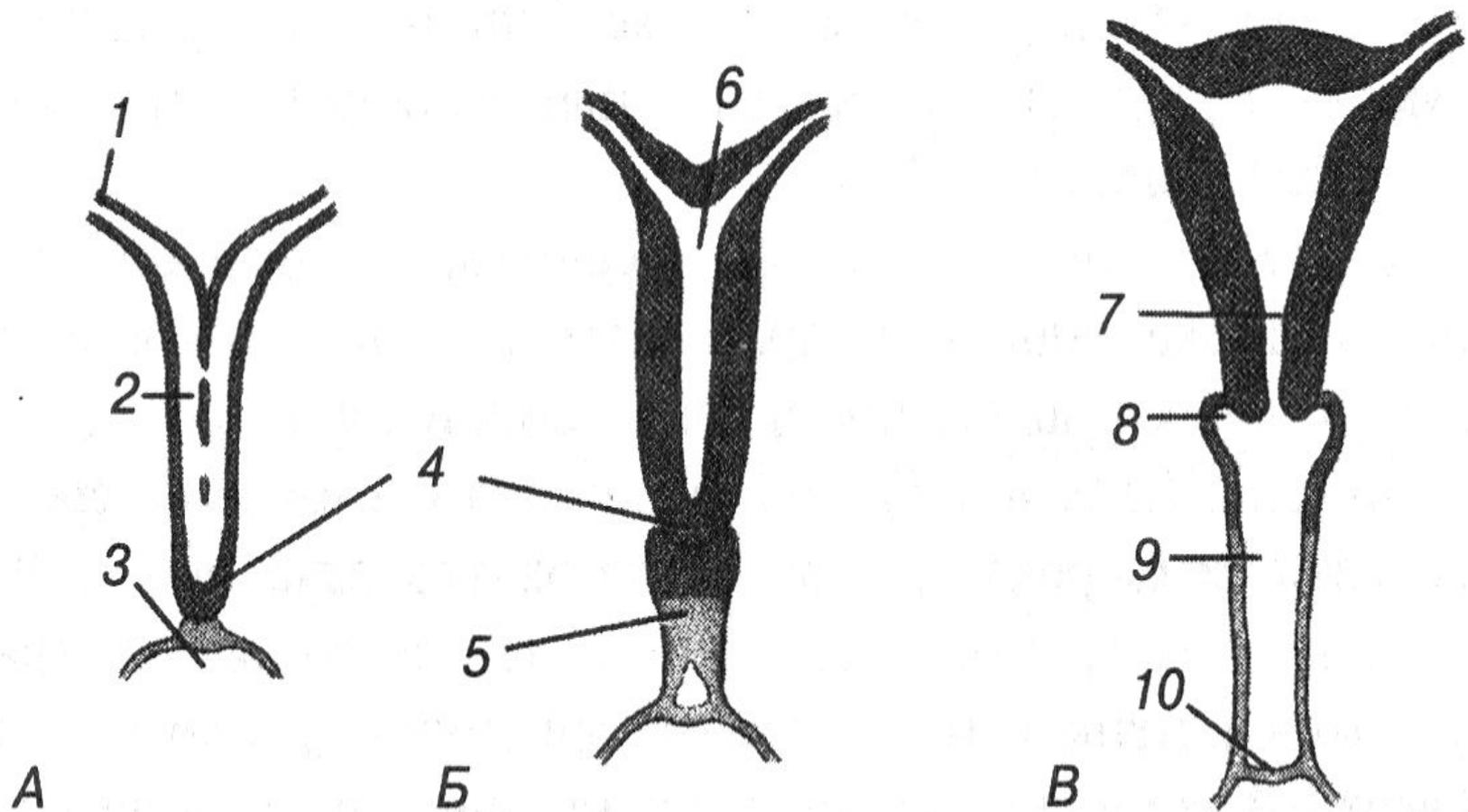
Так отсутствие рассасывания общей стенки протоков приводит к образованию удвоения матки и влагалища.

Схема дифференциации половых органов



Вольфов проток – штриховка, мюллеров проток – без штриховки; а – индифферентный тип, б – мужской тип, в – женский тип

В норме на 10-14-й неделе внутриутробного развития девочки начинается формирование матки из мюллеровых протоков. Их слияние приводит к образованию двух маточно-влагалищных полостей, разделенных срединной перегородкой, которая в дальнейшем исчезает, и матка становится однополостной.



Развитие матки и влагалища в 9 недель (А), в конце 3-го
 месяца (Б), у новорожденной (В):

1 — маточная труба; 2 — маточная перегородка; 3 — урогенитальный синус; 4 — ка-
 удалый конец мюллеровых протоков; 5 — ткань синовагинальной луковицы;
 6 — полость матки; 7 — шейка матки; 8 — свод влагалища; 9 — влагалище; 10 —
 девственная плева

Классификация пороков развития матки и/или влагалища

(по Адамян Л.В., Хашуковой 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;

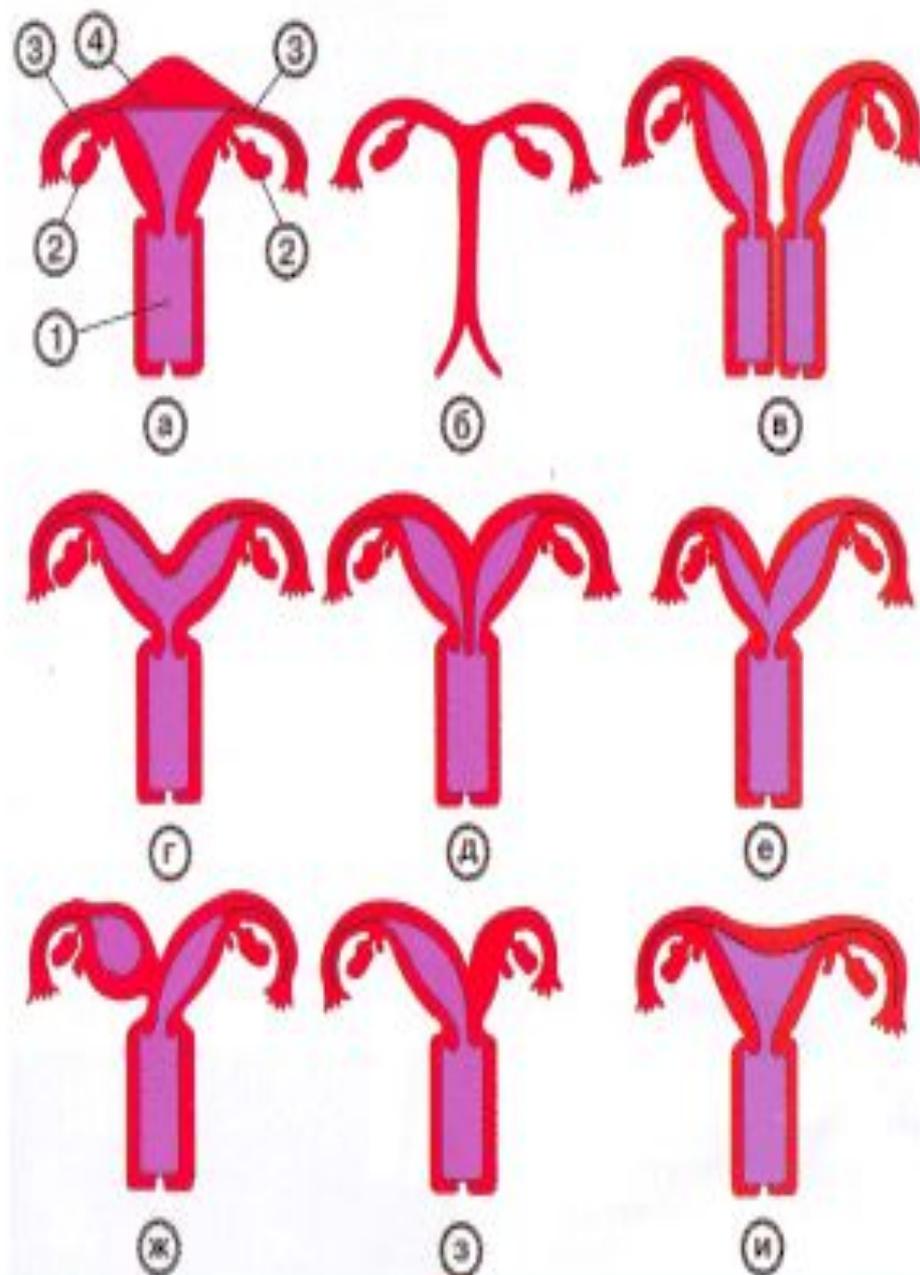
ж - двурогая матка с

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.

Социальная проблема

- После продолжительных дискуссий вопрос об этичности, допустимости и целесообразности создания искусственного влагалища при его врожденном отсутствии был решен положительно.

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.

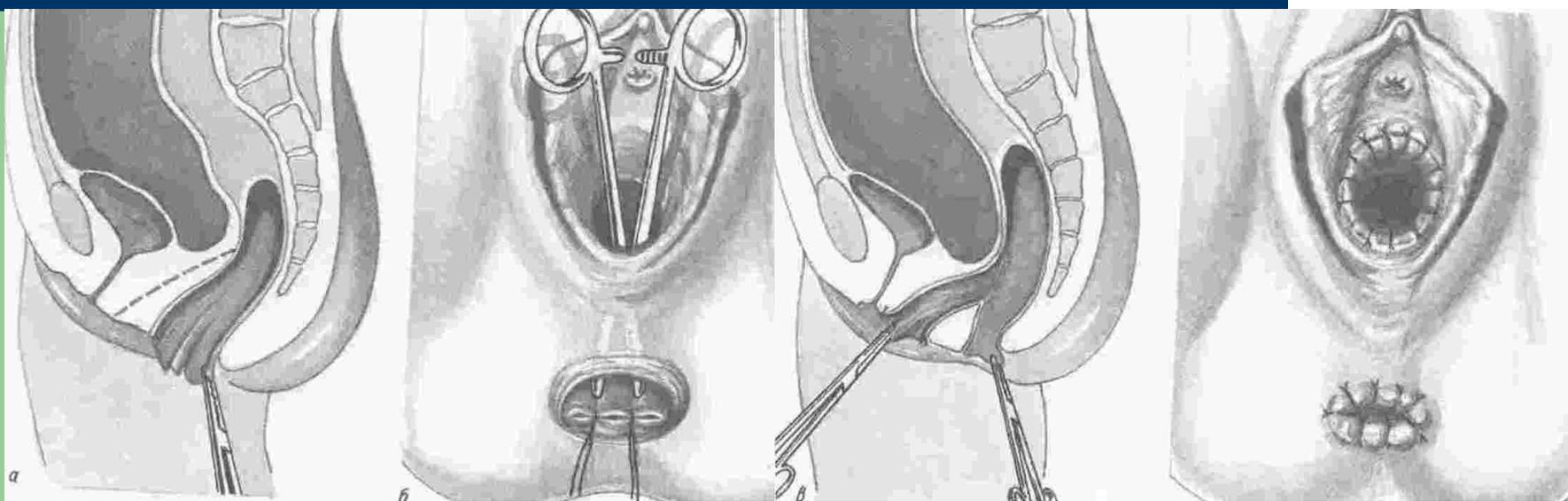
- Целесообразно проводить у пациенток в возрасте 16 лет и старше с аплазией влагалища и матки.
- Неовагину формируют путём вытяжения слизистой оболочки преддверия влагалища и углубления имеющейся или образовавшейся в ходе процедуры «ямки» в области вульвы с помощью протектора (кольпоэлонгатора).
- Степень 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.

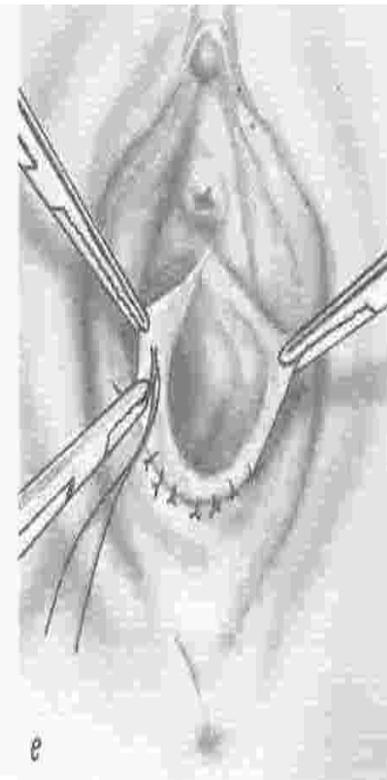
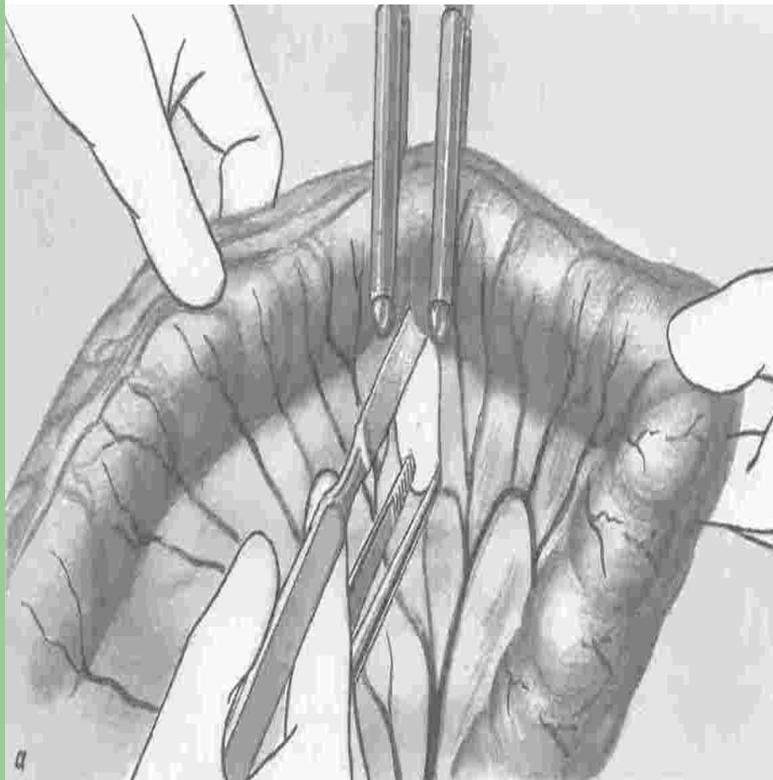
- Процедуру проводят с использованием крема овестин и геля контрактубекс для улучшения растяжимости тканей.
- Продолжительность первой процедуры составляет 20 мин.
- Затем увеличивают до 30–40 мин. и 2 процедур в день, 15–20 процедур на курс.
- Обычно проводят от 1 до 3 курсов кольпоэлонгации с интервалом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

Операция кольпопоза 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.



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- В настоящее время коррекцию порока развития влагалища при его аплазии выполняют по методике, разработанной в отделении оперативной гинекологии НЦ АГиП РАМН (Адамян Л.В. И др. ,1992), которая состоит в том, что все основные этапы операции – идентификация и рассечение брюшины, создание купола неовлагалища производятся эндоскопическим доступом

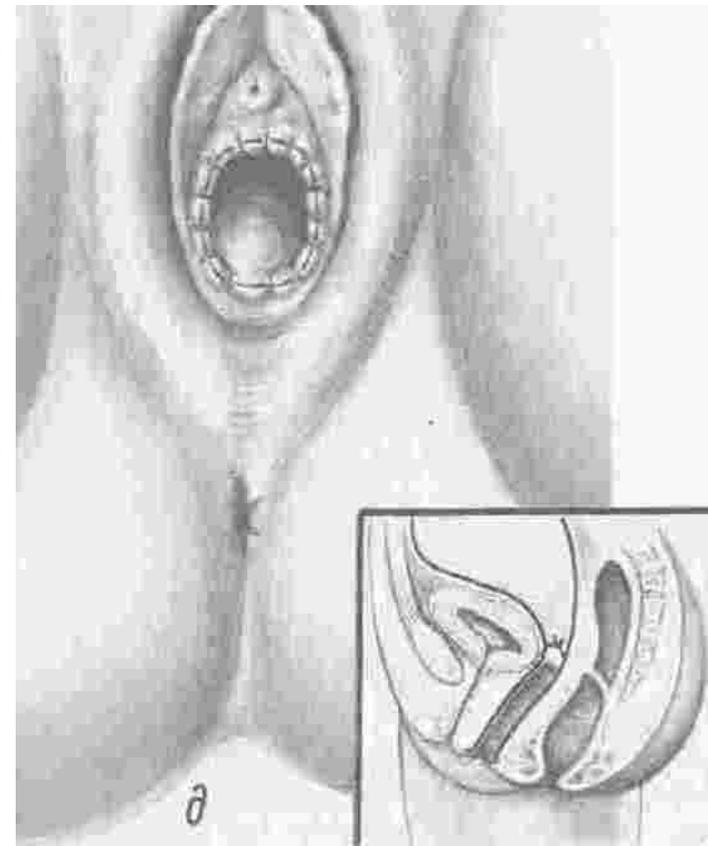
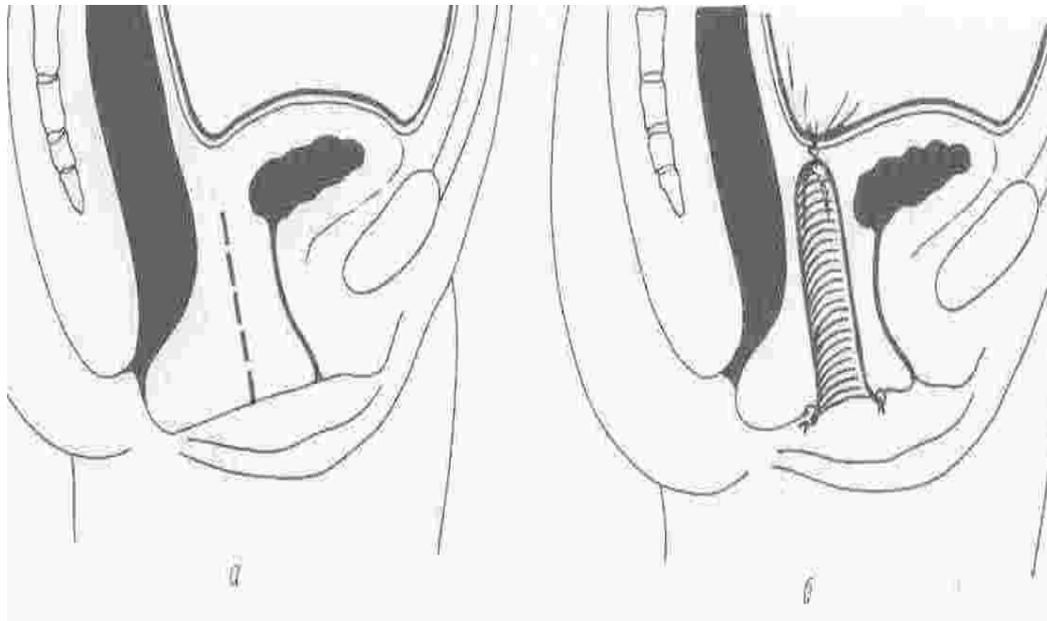
Эндоскопический доступ. (преимущества)

- 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

Кольпопоз из брюшины прямокишечно - маточного пространства.



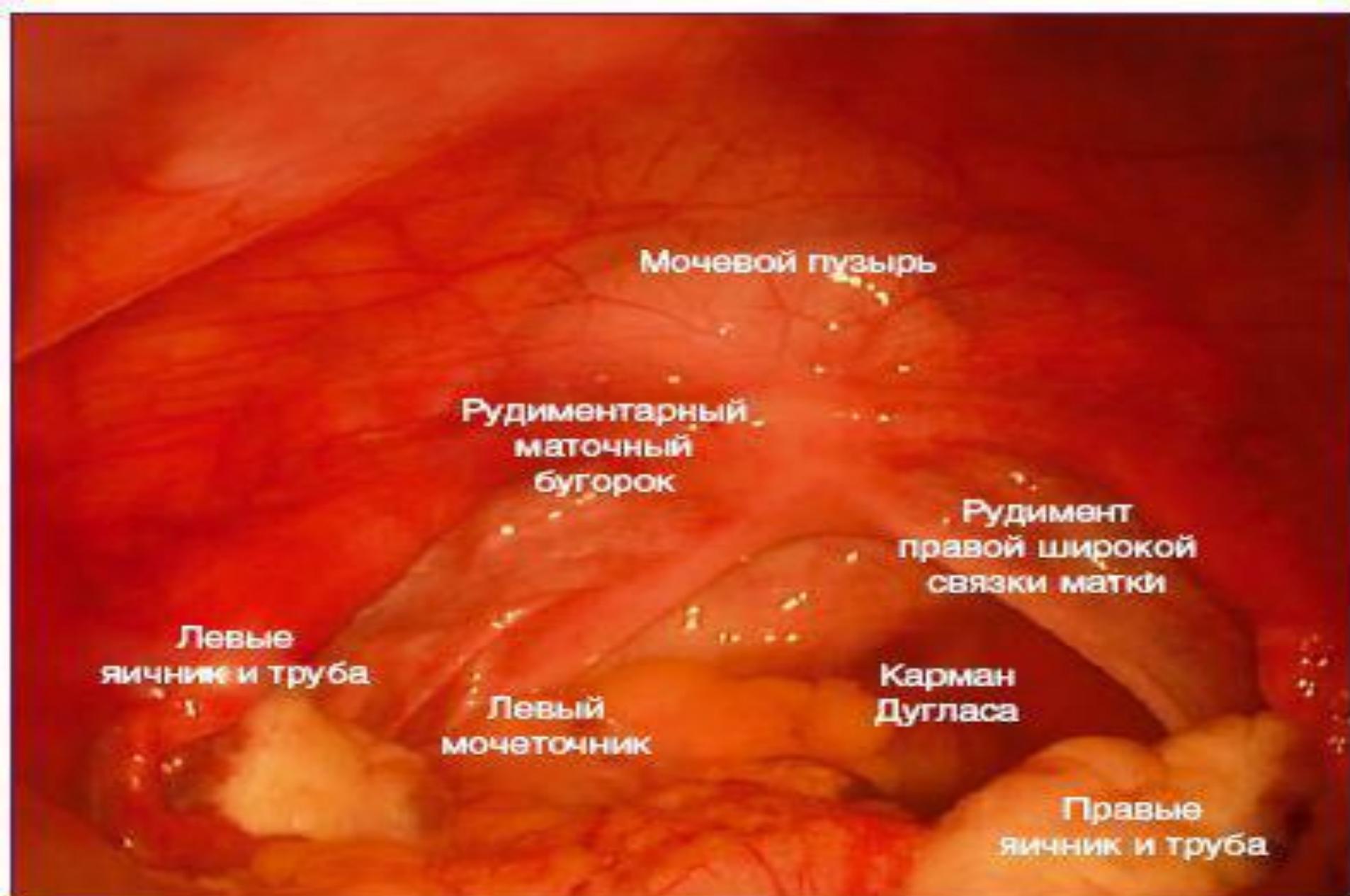


Рис. 1. Лапароскопическая картина малого таза у пациентки С. с синдромом МРКХ (46,XX).

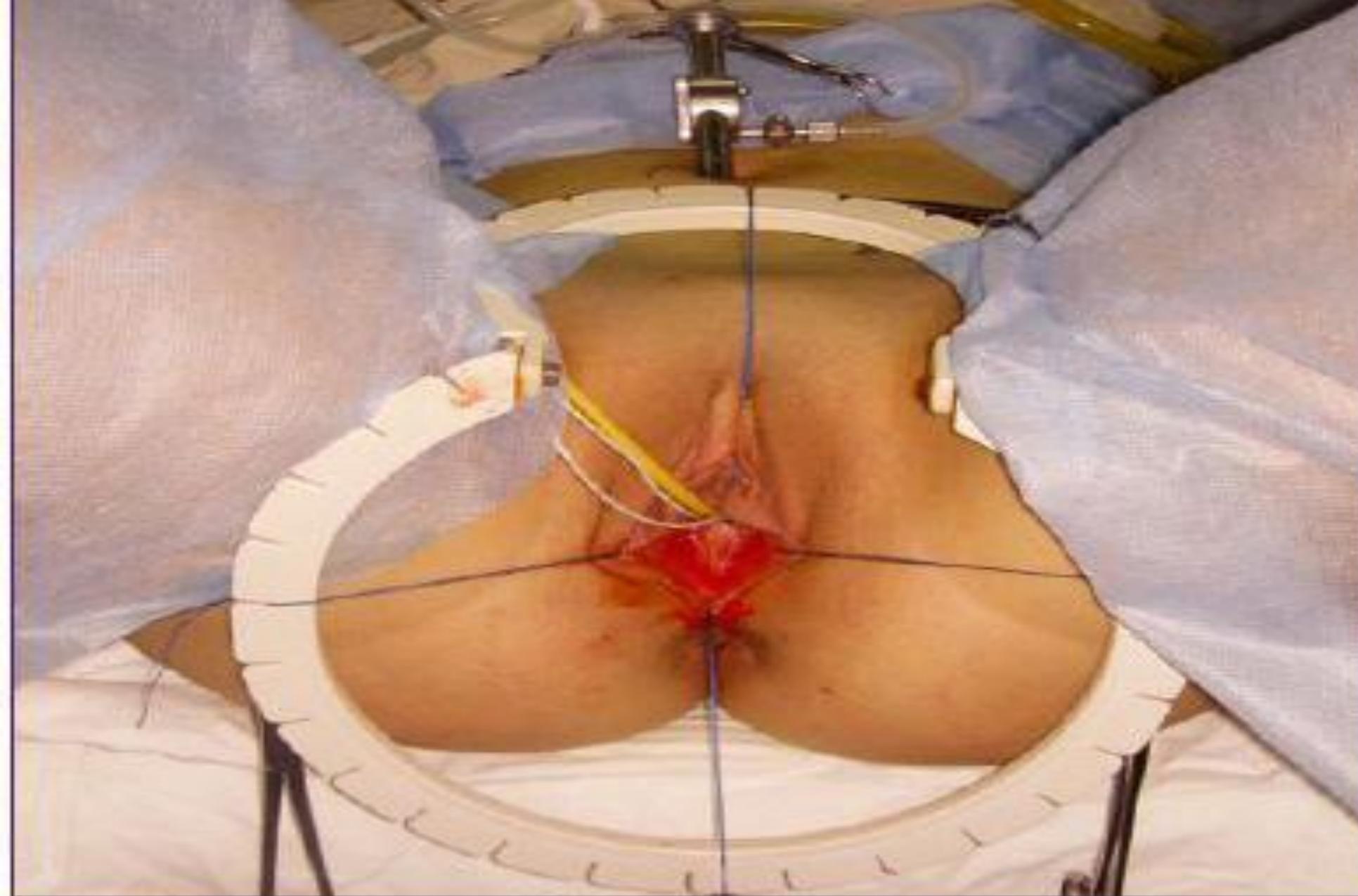


Рис. 2. Вид промежности и передней брюшной стенки пациентки С. перед началом промежностного этапа.

The image shows a laparoscopic view of the pelvic cavity. The peritoneum is visible, appearing as a smooth, reddish-orange surface. A dark, cylindrical stent is positioned in the lower part of the frame, partially obscured by the peritoneal folds. The overall scene is illuminated with a warm, reddish light, typical of laparoscopic surgery.

Тазовая брюшина
над куполом
созданного влагалища

Рис.3. Лапароскопическая картина малого таза после установки стента в созданное влагалище



Рис. 4. Вид промежности пациентки С. по завершении операции



**Рис. 9. Вид влагалища у пациентки С. с синдромом МРКХ
через 2 мес после операции**

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 плены). Оперативное лечение.

- крестообразное рассечение девственной плены 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;

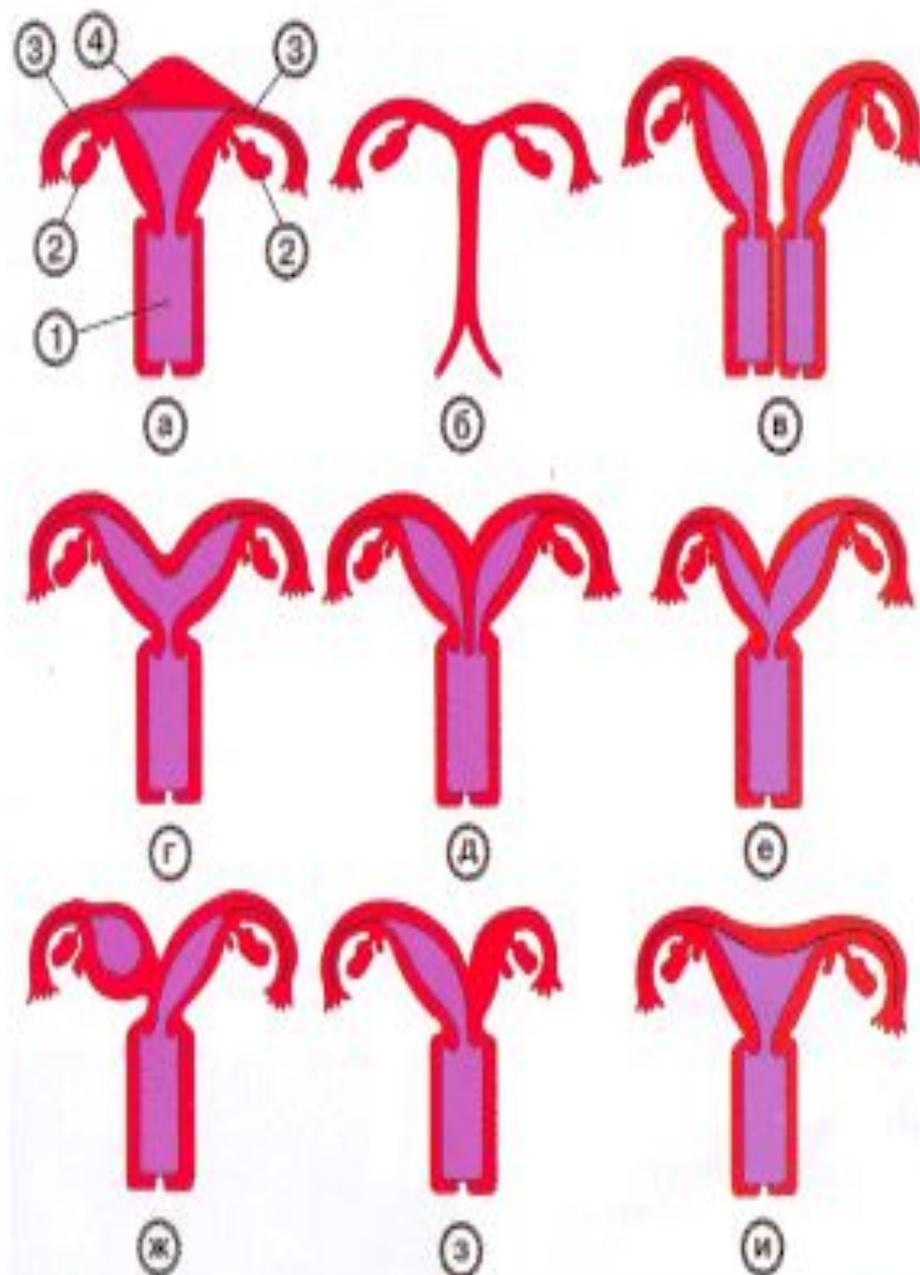
ж - двурогая матка с

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 РУДИМЕНТАРНЫМ РОГОМ



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.

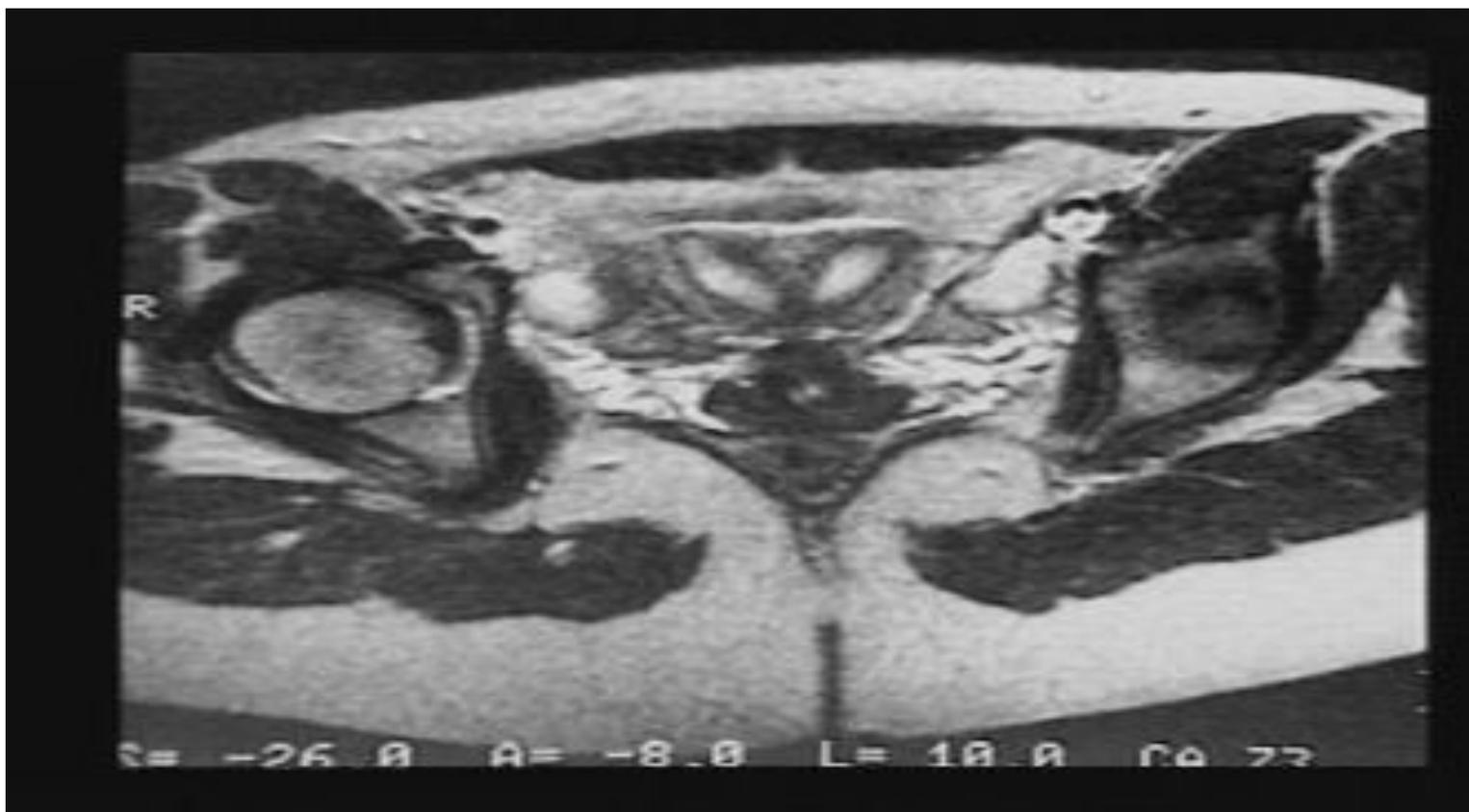
УДВОЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

1. Удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови.
2. Удвоение матки и влагалища с частично аплазированным 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 аплазированном влагалище.
3. Удвоение матки и влагалища при нефункционирующей одной матке.

Гистерография: две не связанных между собой тени полостей матки при её удвоении.



**Ядерно-магнитная томография: удвоение матки-
в каждой из её полостей определяется обычного
вида эндометрий**



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.

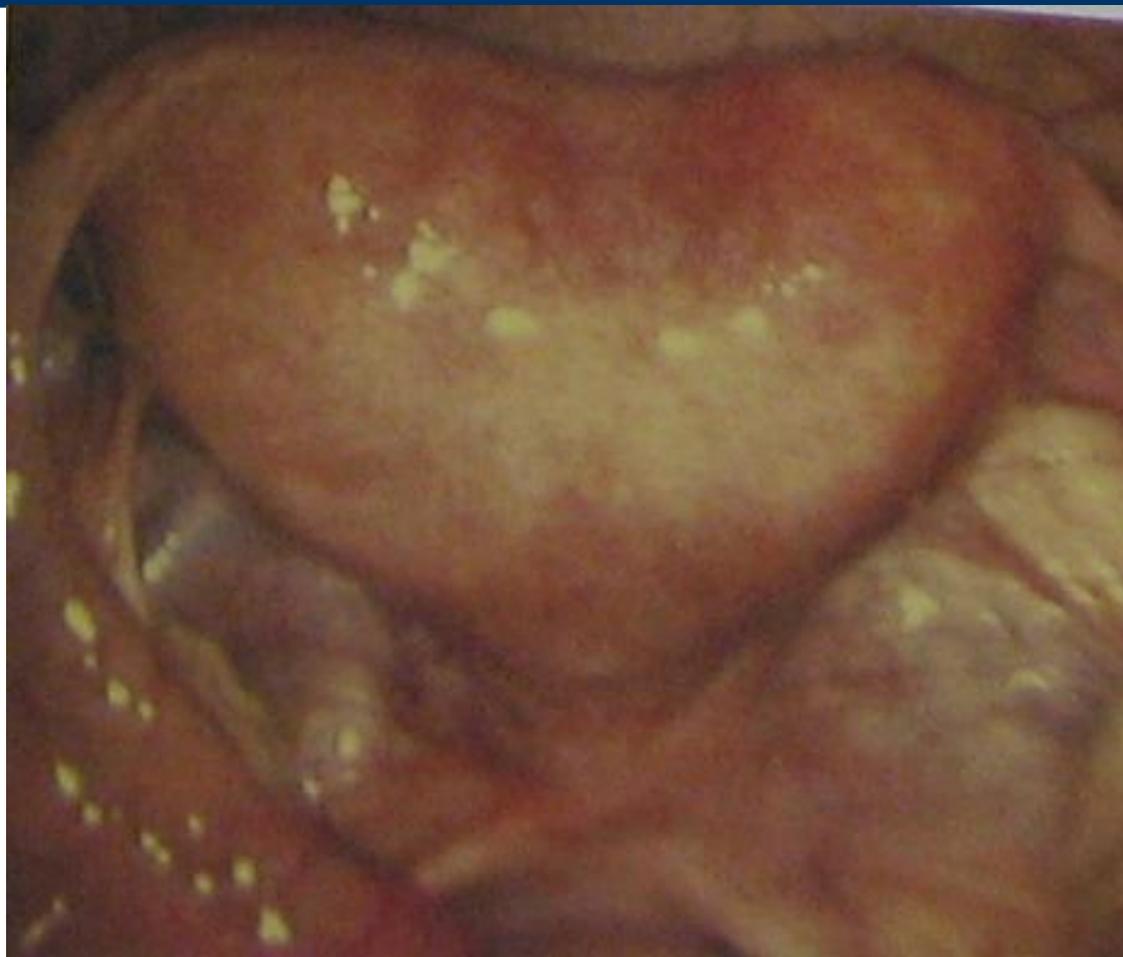
1. Седловидная форма.
2. Неполная форма.
3. Полная форма.

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

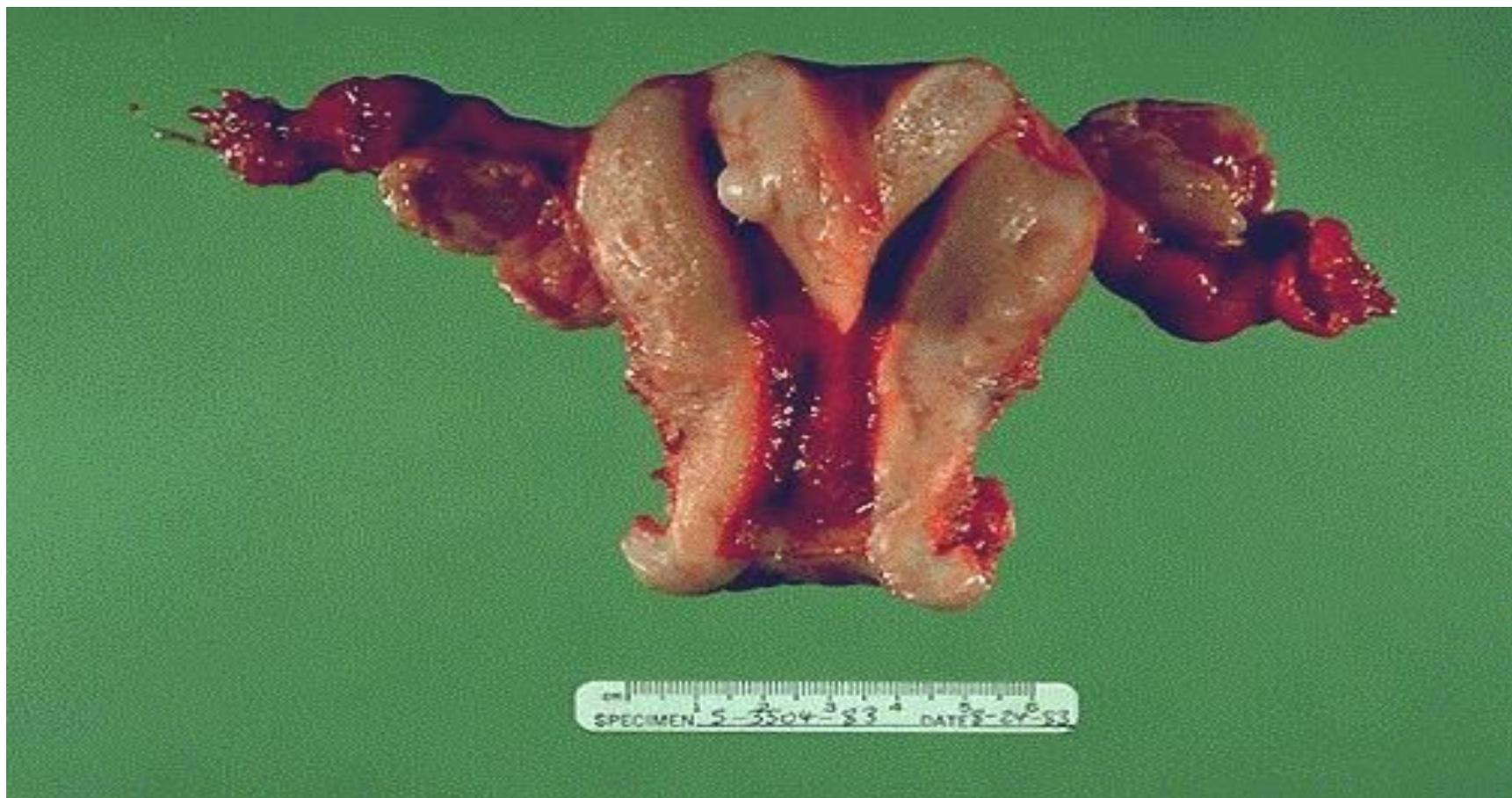
- **Гистероскопическая картина при двурогой матке и внутриматочной перегородке идентична!**

ДВУРОГАЯ МАТКА. Неполная форма.

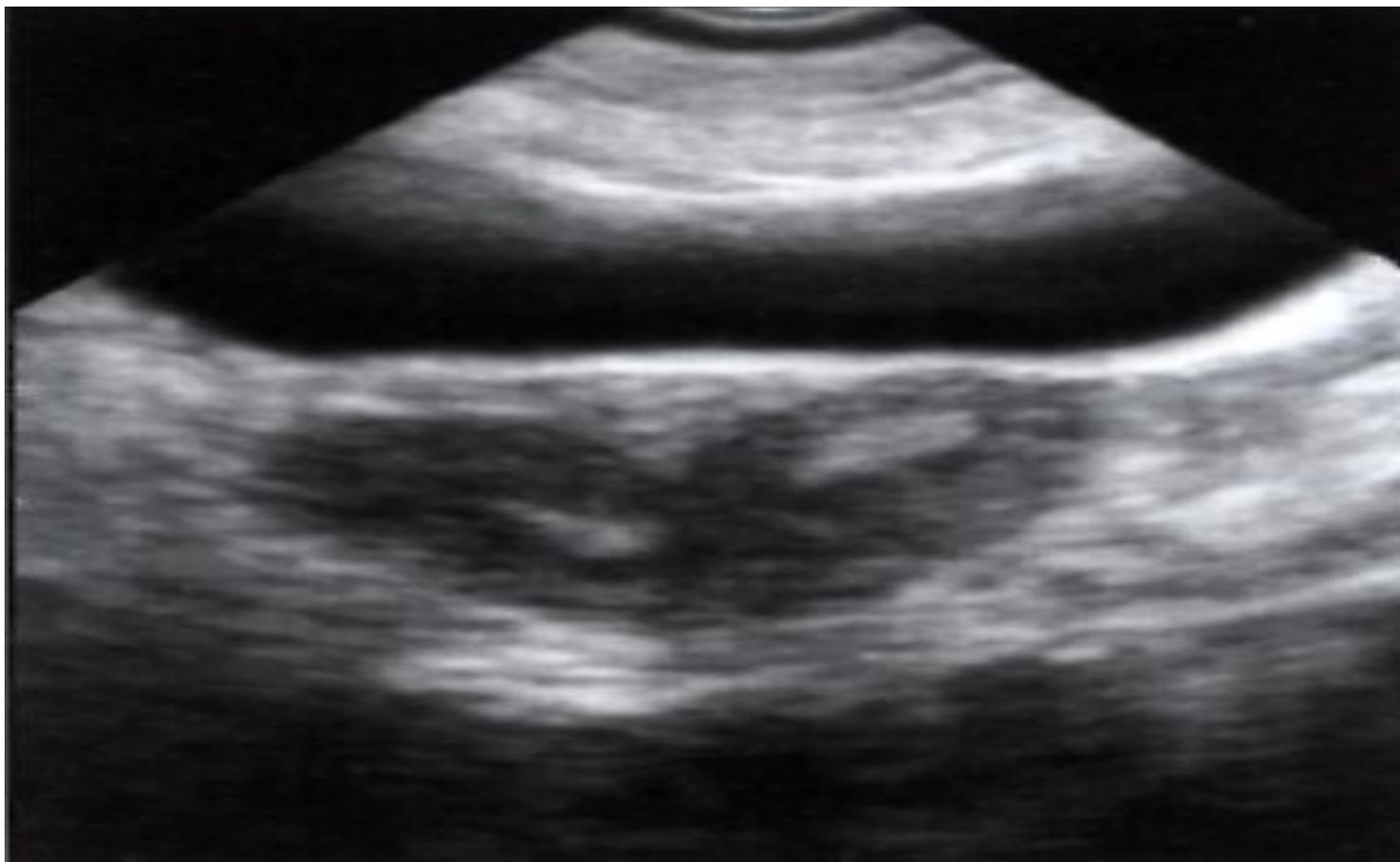


Разделение на 2 рога наблюдается только в верхней трети тела матки. При гистероскопии выявляется один цервикальный канал, но ближе к дну матки определяется 2 гемиполости. В каждой половине только одно устье маточной трубы.

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



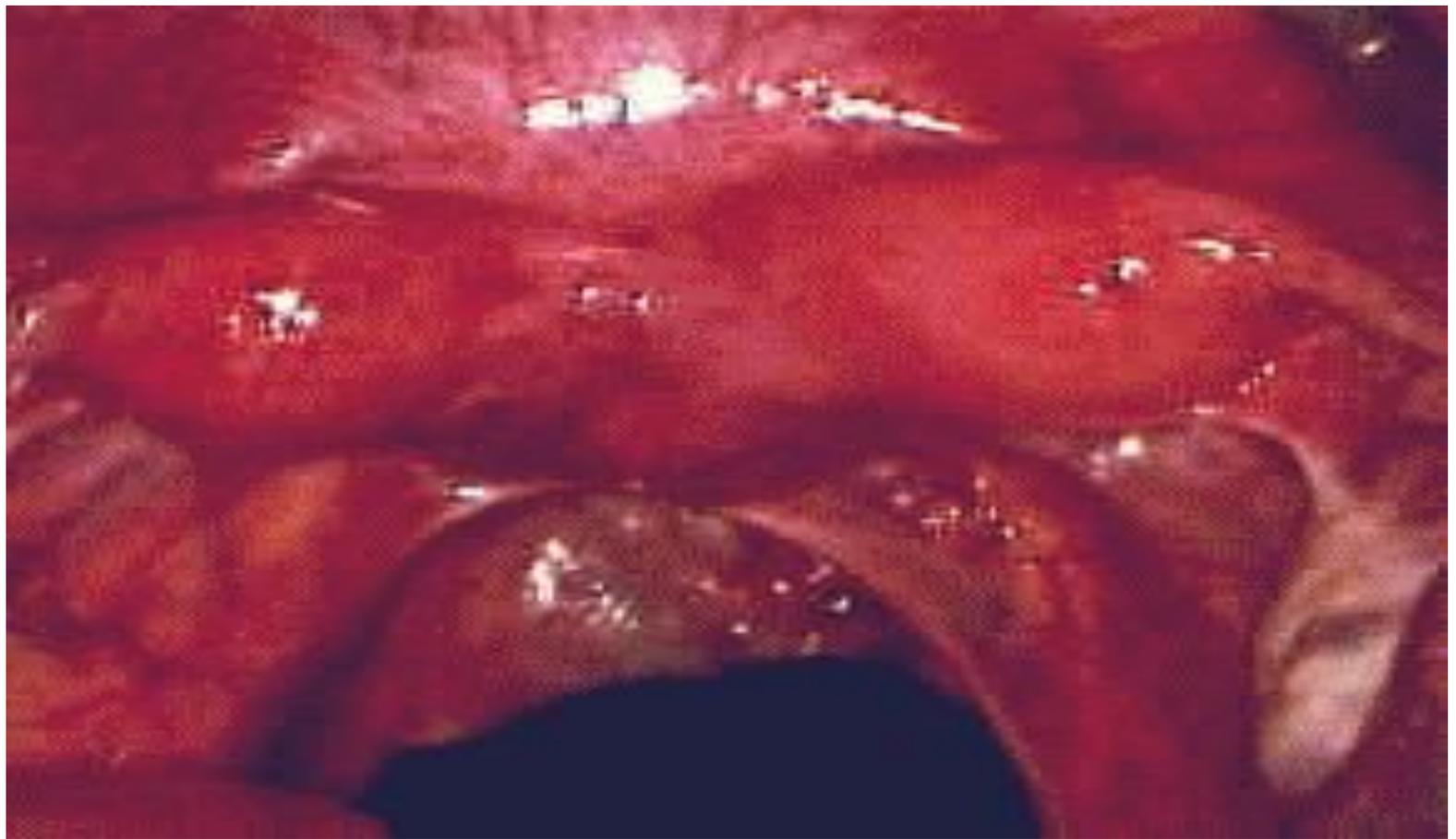
Ультрасонография: два «рога» матки, разделенные выемкой в области дна в каждом из которых определяется нормальный эндометрий - двурогая матка



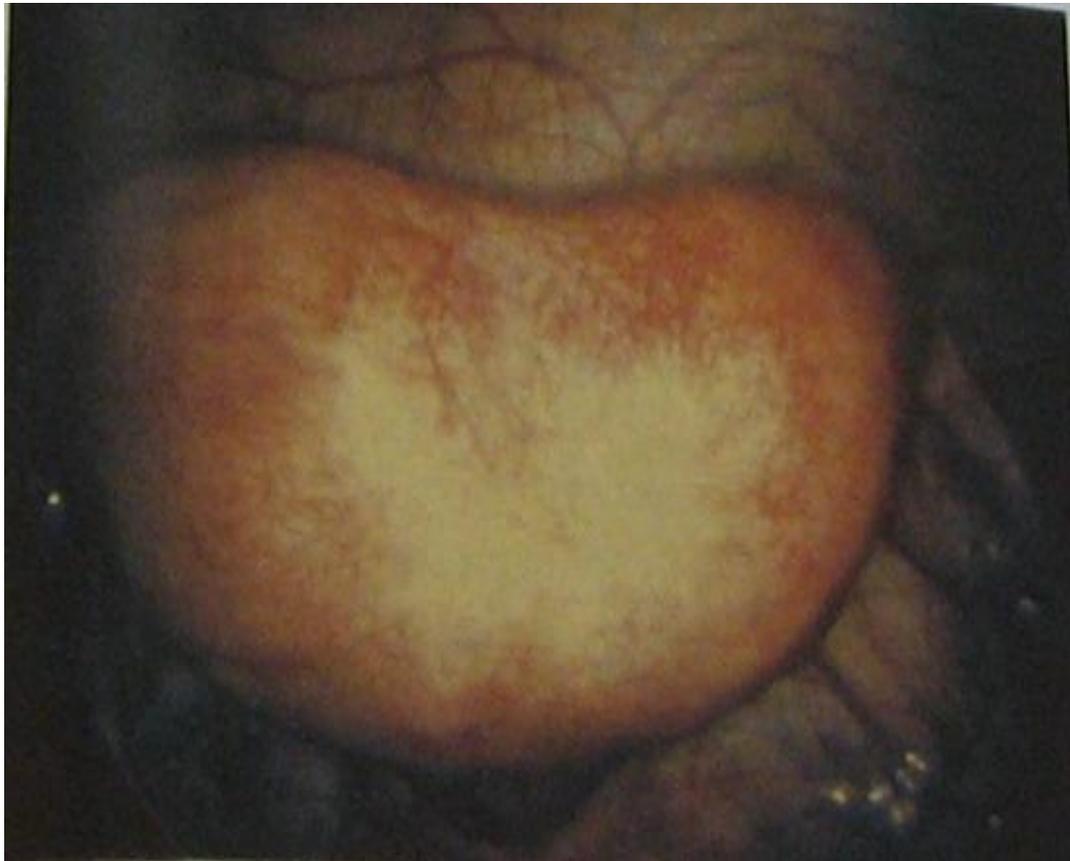
Гистерография: разделение тени полости матки
выемкой, расположенной в области дна



Лапароскопия: двурогая матка



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.**

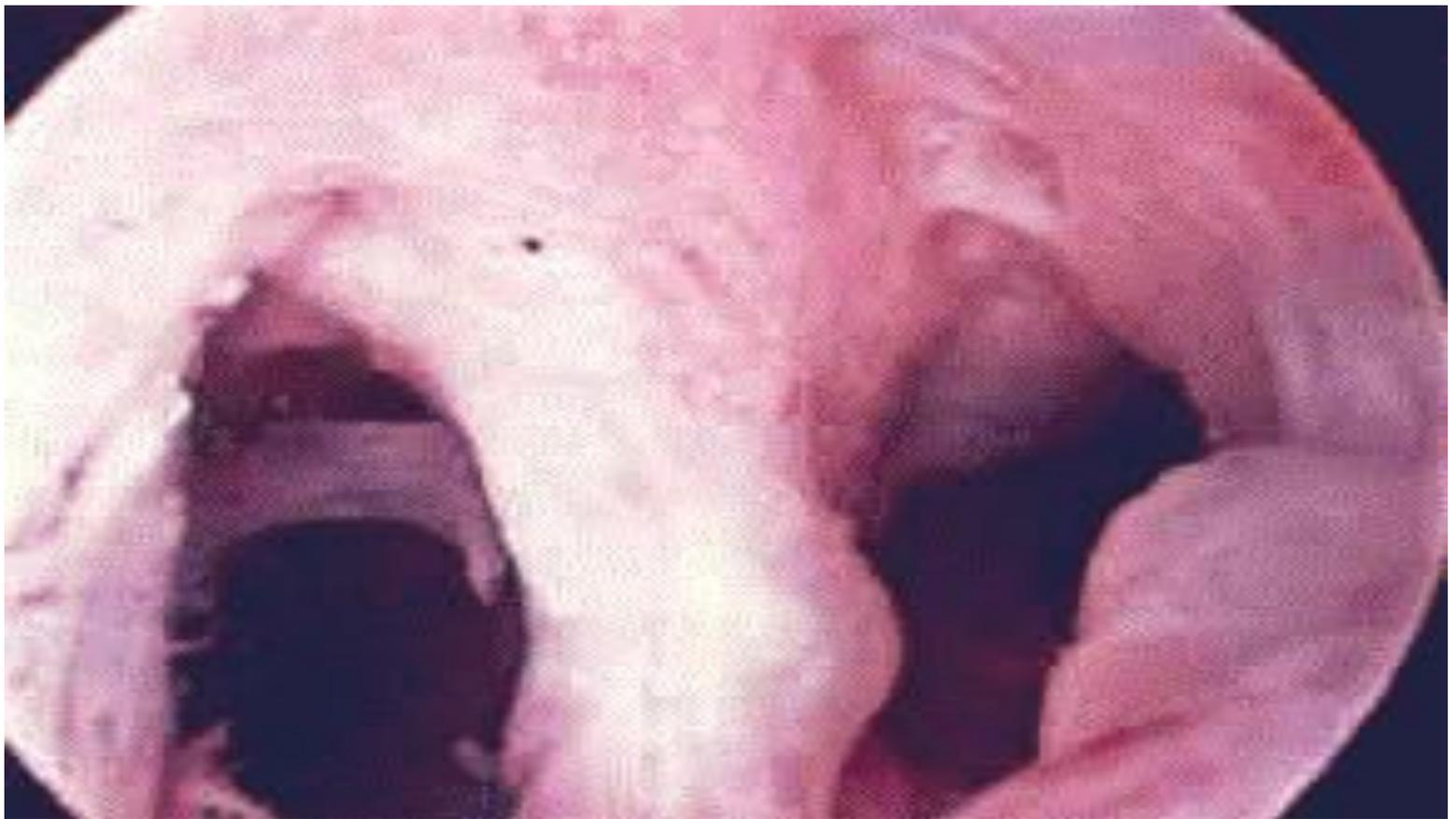
ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

- 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.

варианты внутриматочной перегородки:



Гистероскопия: поперечная перегородка полости матки

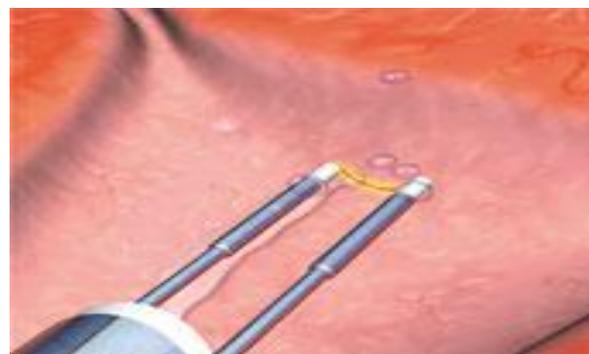


ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

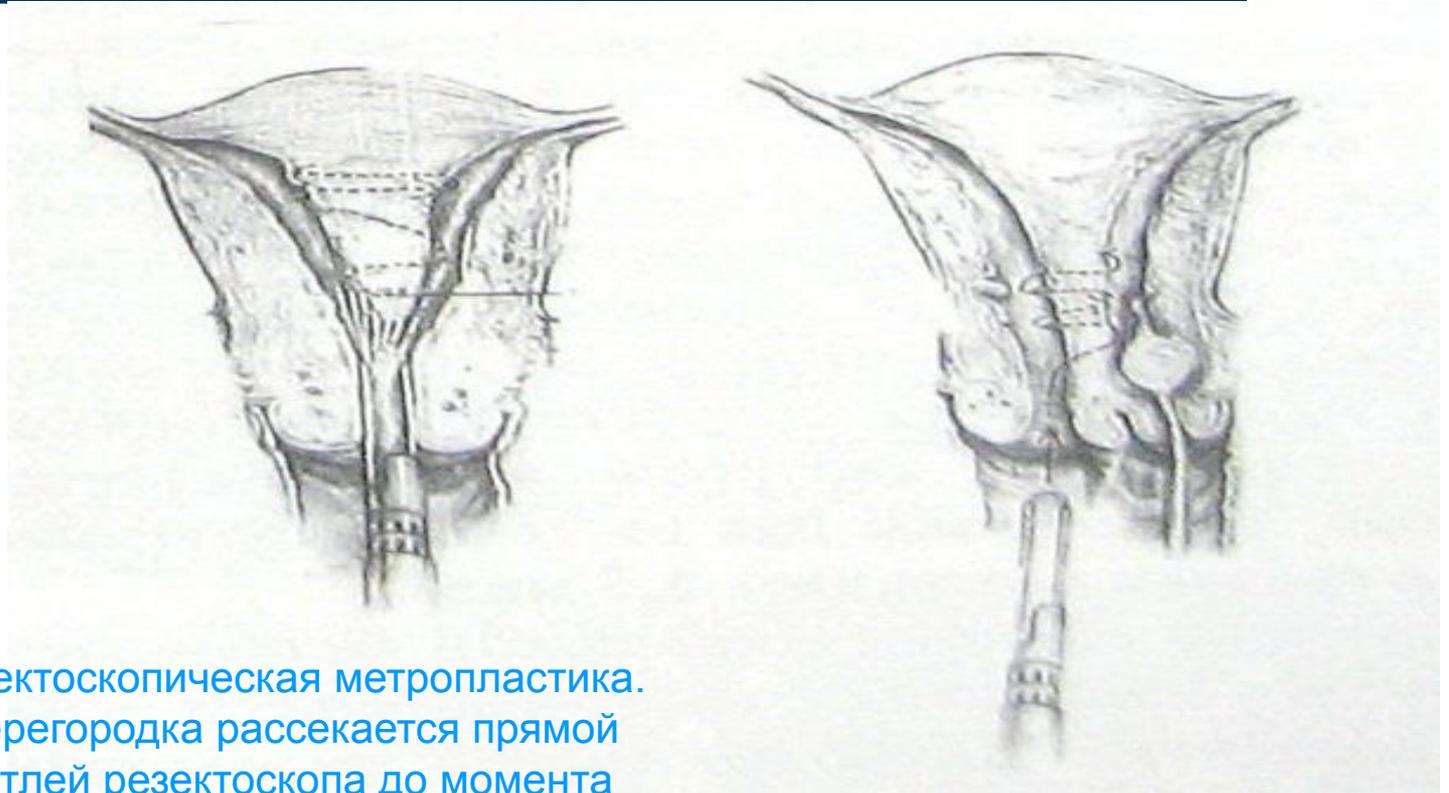
Оперативное лечение.

- 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%

Резектоскоп



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

ВЫВОДЫ

- **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОДАВЛЯЮЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И/ИЛИ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОКА.**
- **ОРИГИНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИЯМИ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И/ИЛИ ВЛАГАЛИЩА.**
- **МЕТОДИКИ БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ И ВНЕДРЕНЫ В ПРАКТИКУ НАШИМИ СООТЕЧЕСТВЕННИКАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ НЦ АГИП РАМН (АДАМЯН Л.В. И ДР., 1992), КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕДУЩИМИ ЭКСПЕРТАМИ В ОБЛАСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В МИРЕ.**



Спасибо за
внимание!