

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, определяющее 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

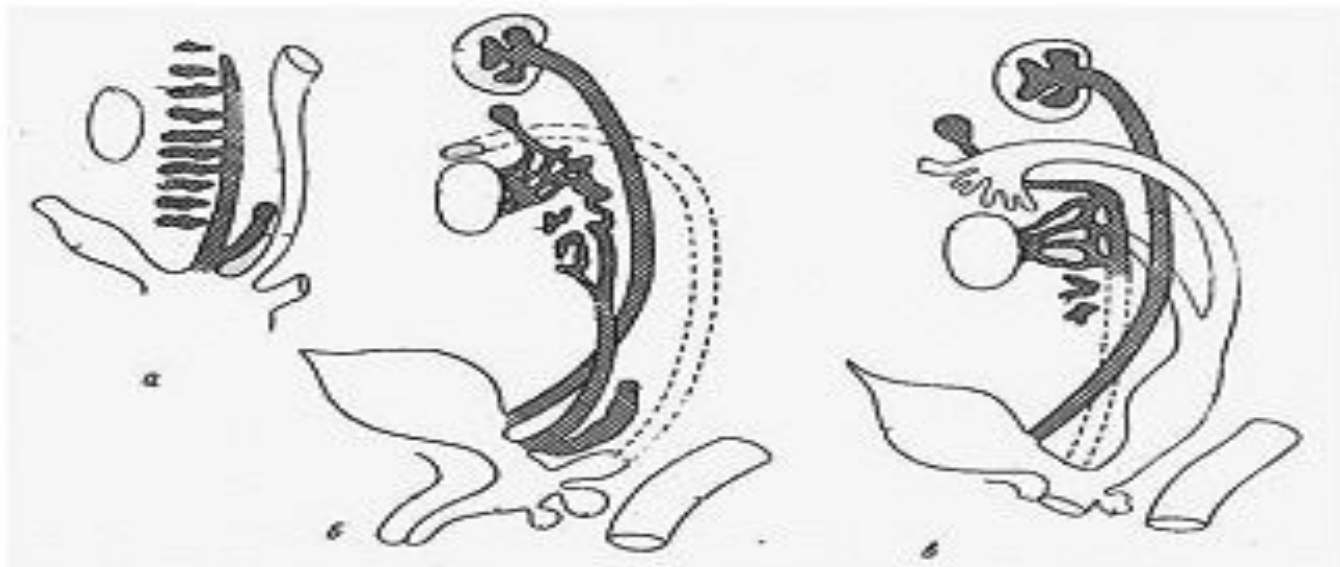
Формирование внутренних половых органов проходит в 3 этапа:

- 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.

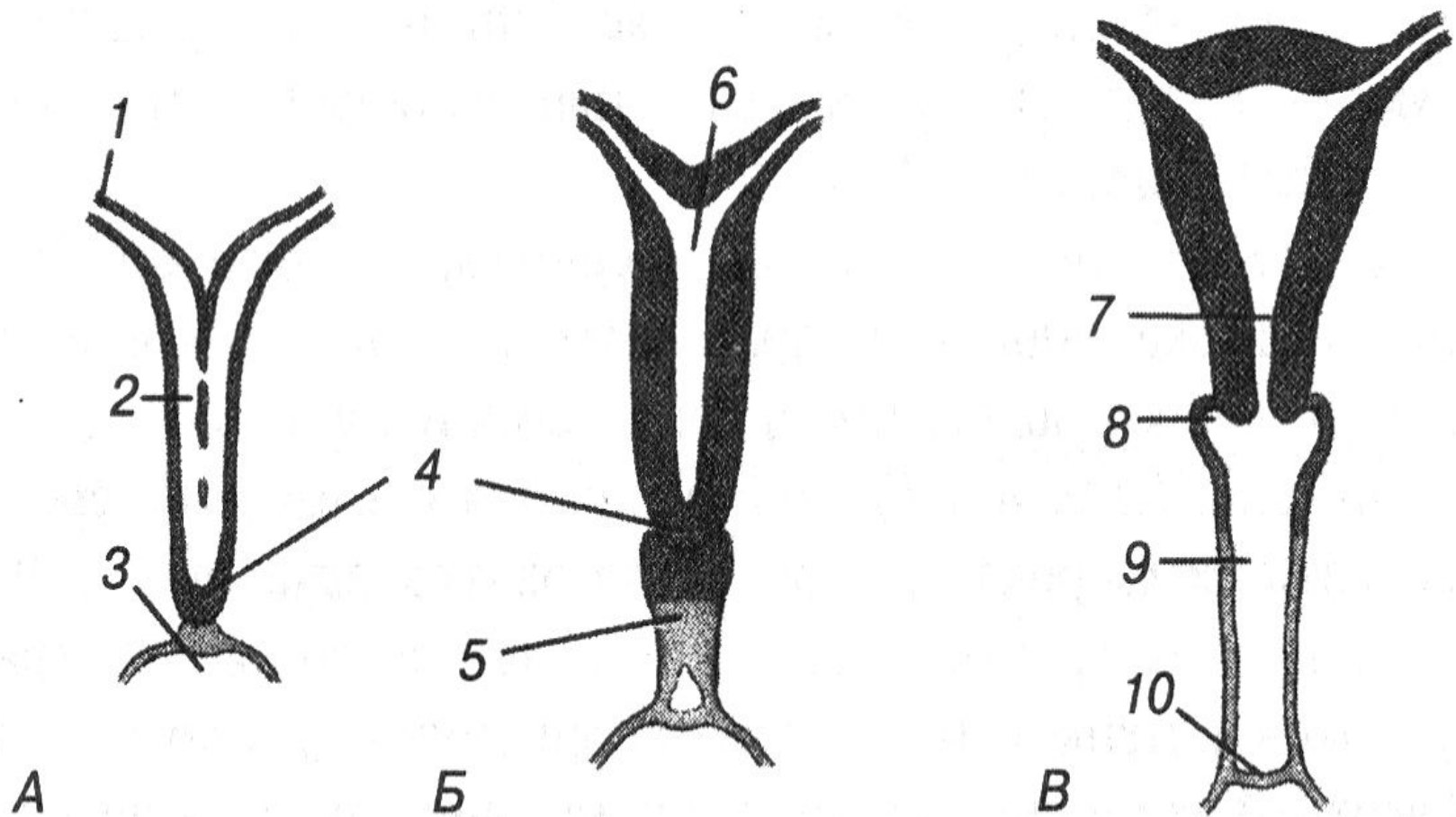
Так отсутствие рассасывания общей стенки протоков приводит к образованию удвоения матки и влагалища.

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 — каудальный 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;

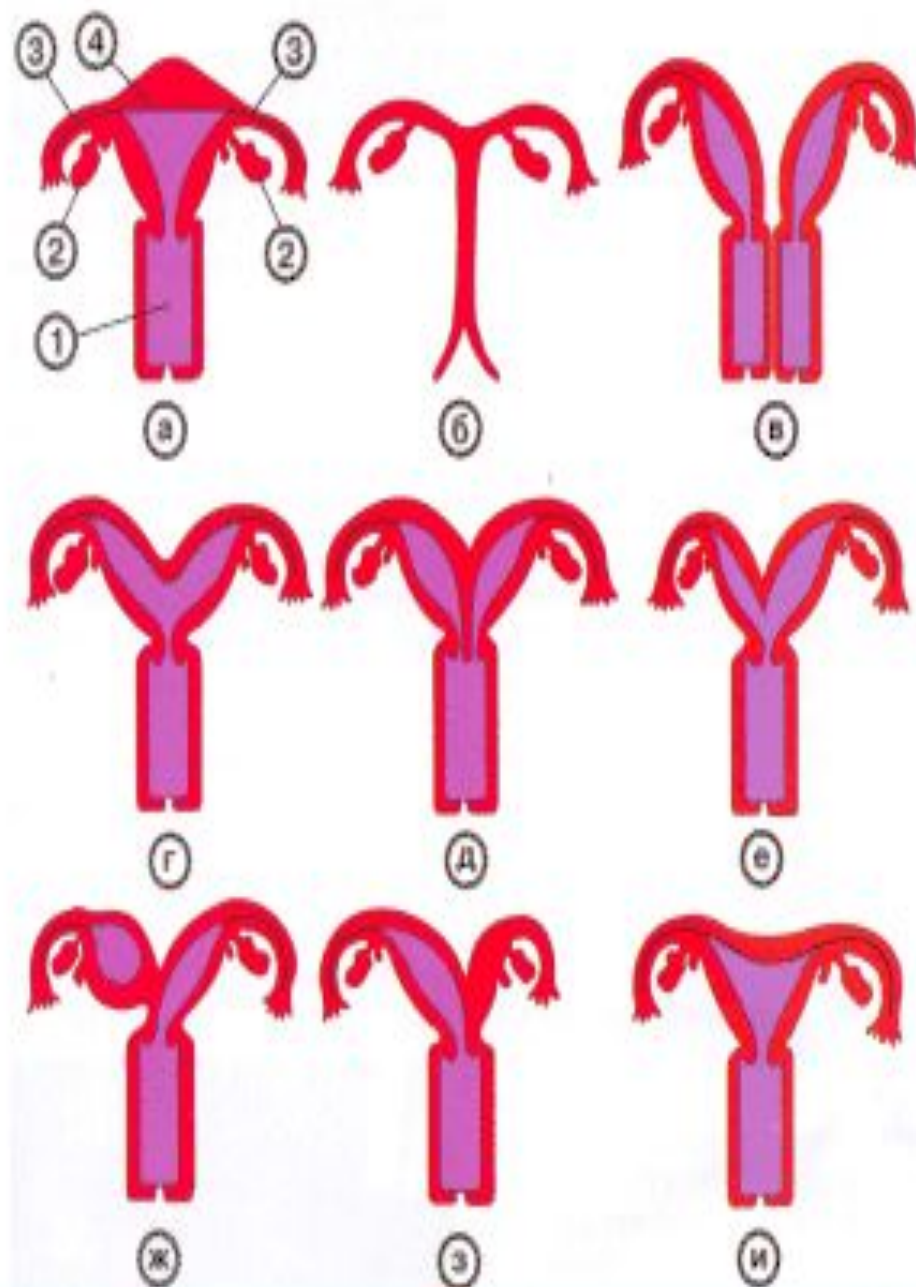
е - двурогая матка с неодинаково развитыми рогами;

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.

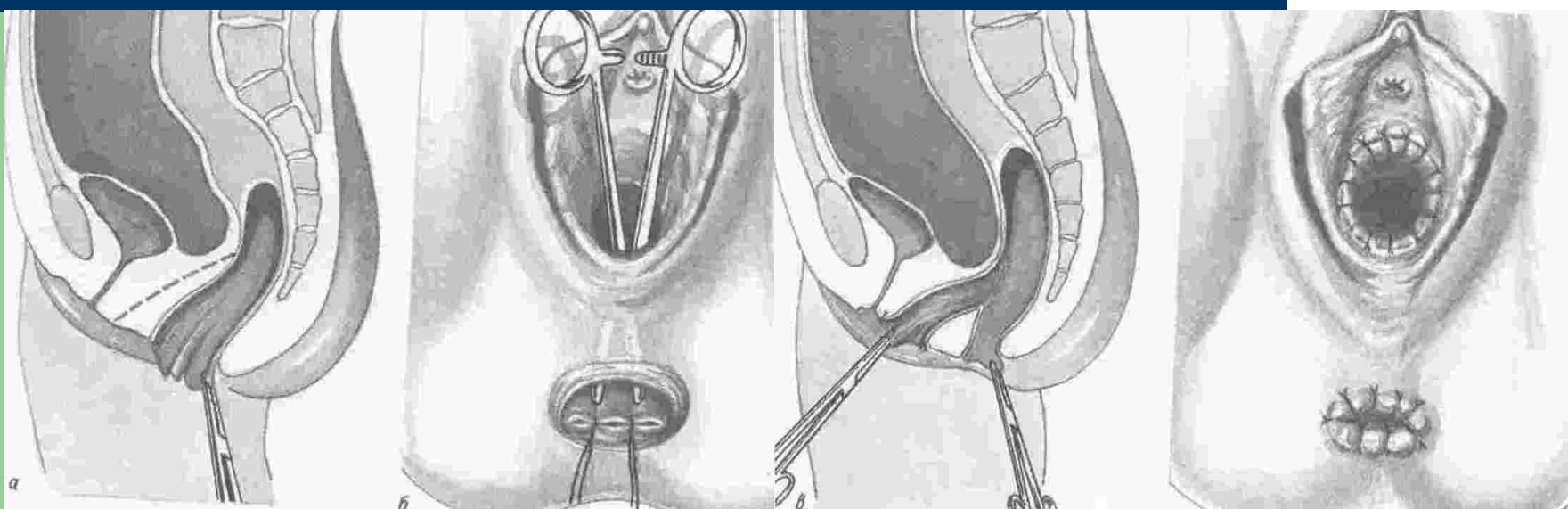
- Целесообразно проводить у пациенток в возрасте 16 лет и старше с аплазией влагалища и матки.
- Неовагину формируют путём вытяжения слизистой оболочки преддверия влагалища и углубления имеющейся или образовавшейся в ходе процедуры «ямки» в области вульвы с помощью протектора (кольпоэлонгатора).
- Степень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

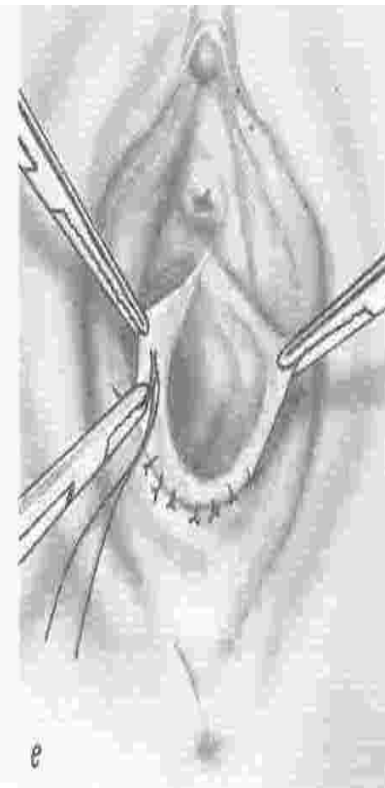
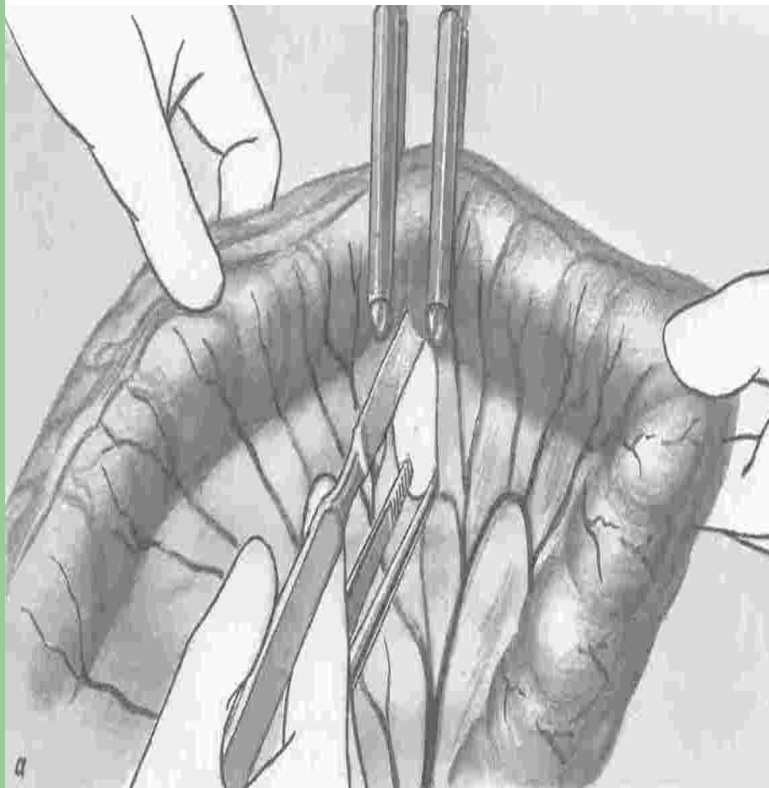
- Процедуру проводят с использованием крема овестин и геля контрактубекс для улучшения растяжимости тканей.
- Продолжительность первой процедуры составляет 20 мин.
- Затем увеличивают до 30–40 мин. и 2 процедур в день, 15–20 процедур на курс.
- Обычно проводят от 1 до 3 курсов кольпоэлонгации с интервалом 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.

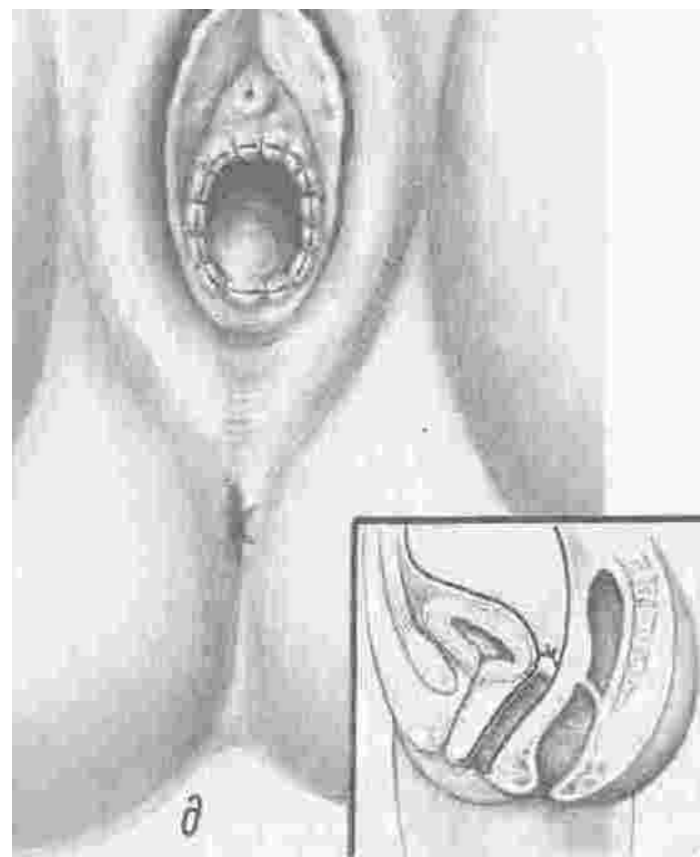
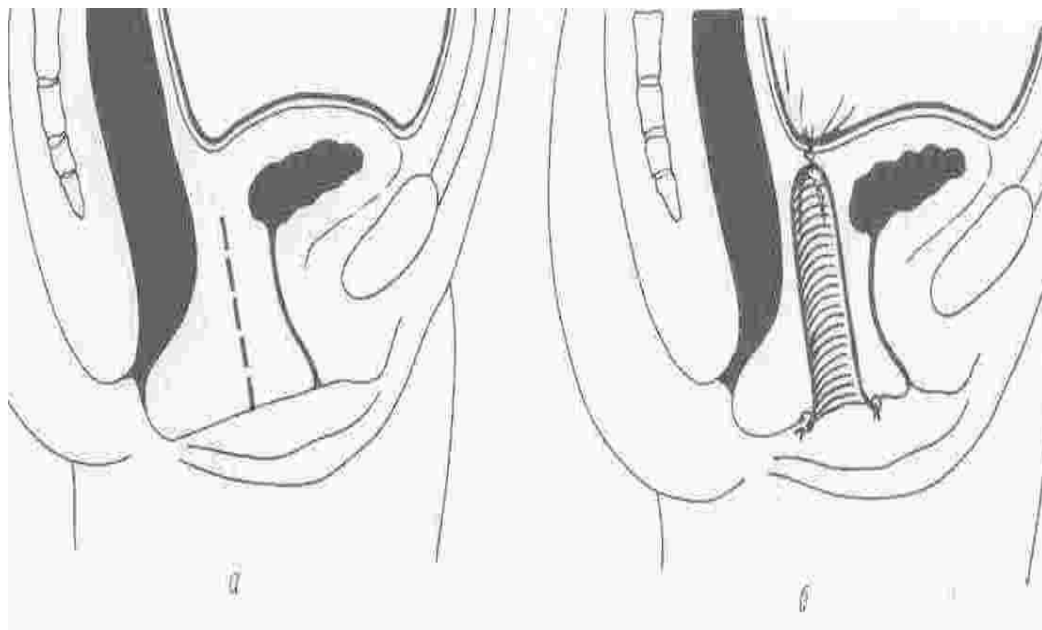





Рис. 1. Лапароскопическая картина малого таза у пациентки С. с синдромом МРКХ (46,XX).



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-pink surface. A surgical instrument, likely a grasper, is visible on the left side, holding a structure. The overall scene is illuminated with a warm, reddish light, typical of laparoscopic surgery. The text "Тазовая брюшина над куполом созданного влагалища" is overlaid in the upper right quadrant of the image.

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;

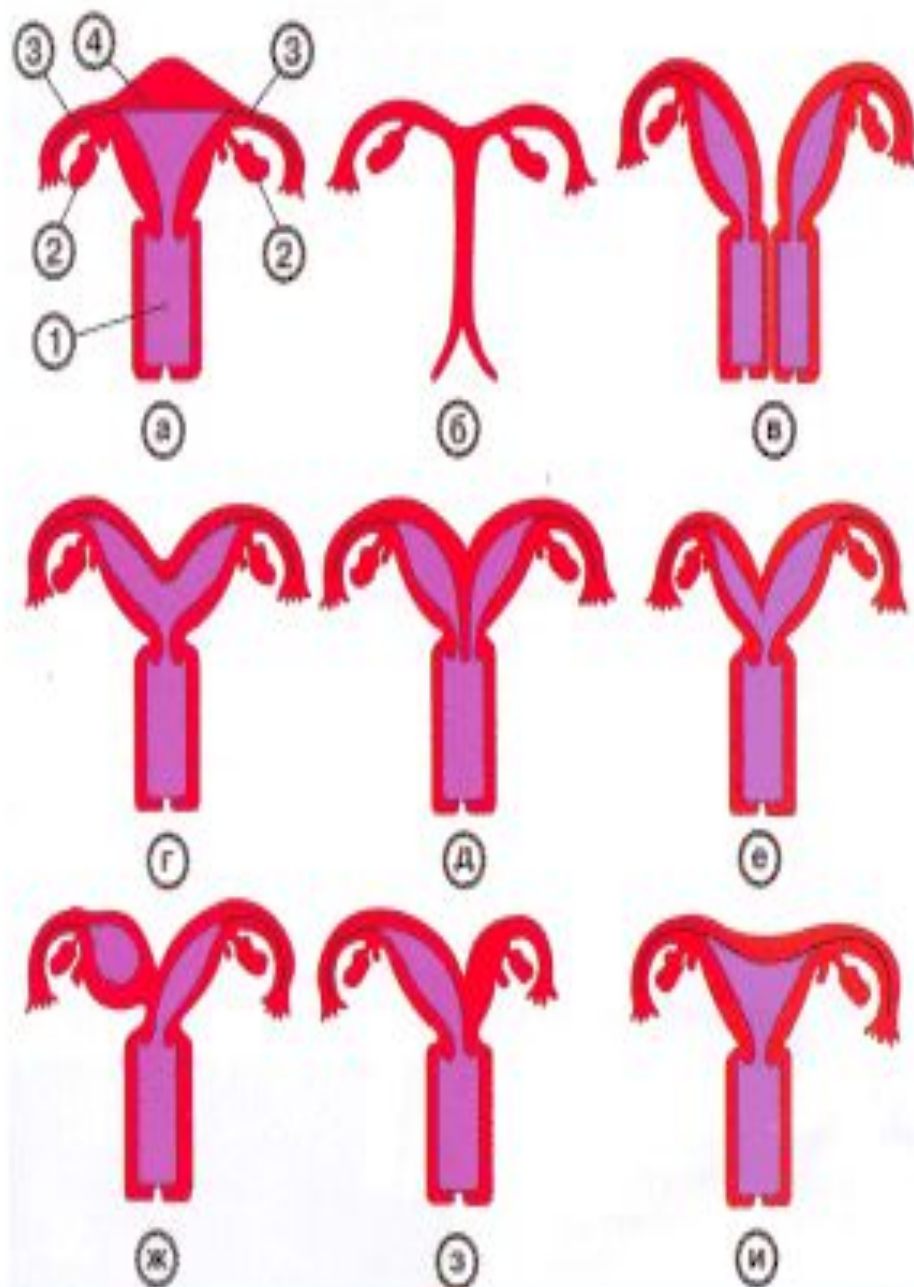
е - двурогая матка с неодинаково развитыми рогами;

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

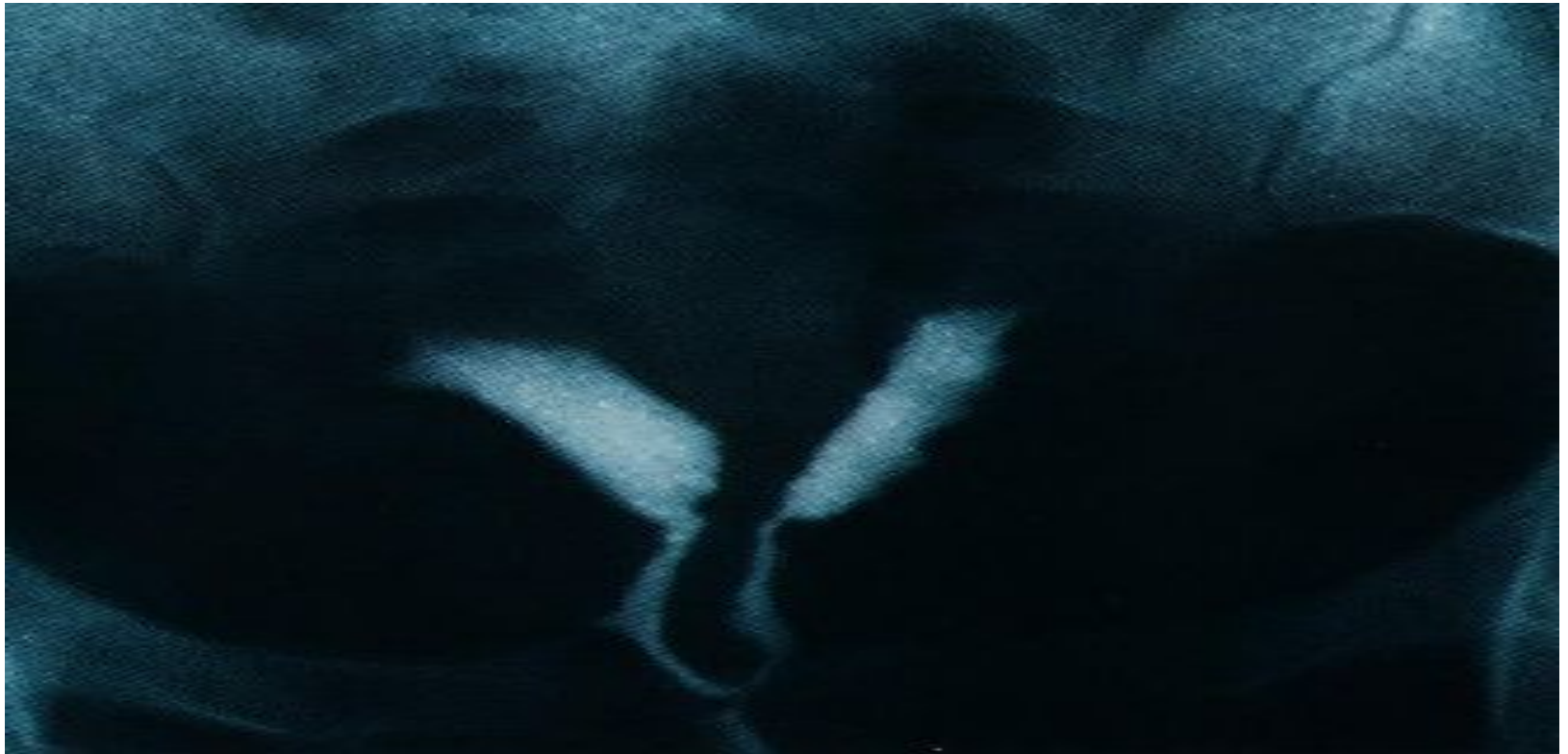
- Показанием к удалению рудиментарного рога является наличие эндометриальной полости в замкнутом роге, болевой синдром, эктопическая беременность.
- Методом выбора при хирургической коррекции данного вида порока развития матки является одновременная лапароскопия и гистероскопия, удаление рудиментарного 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.

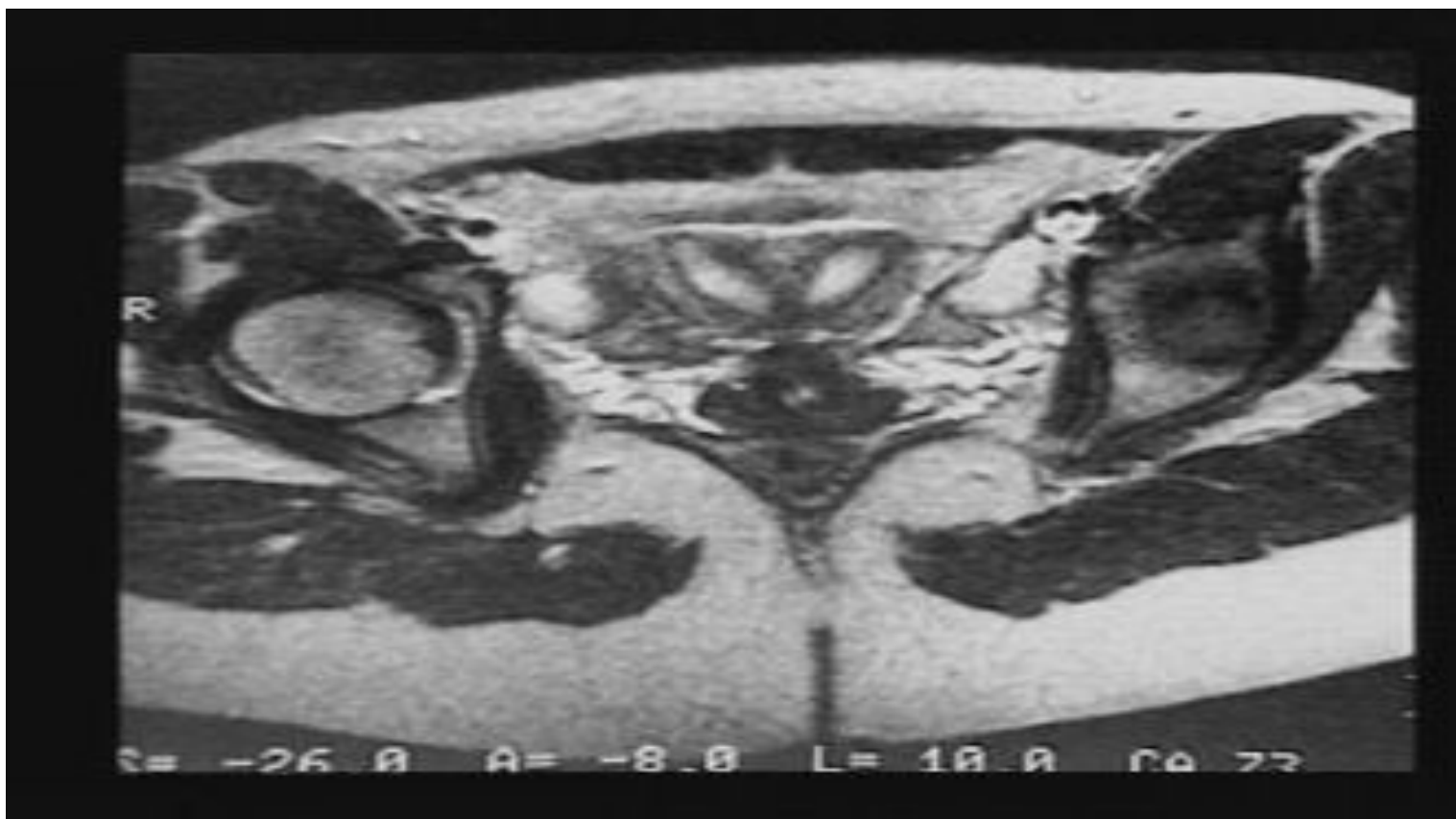
УДВОЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

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.

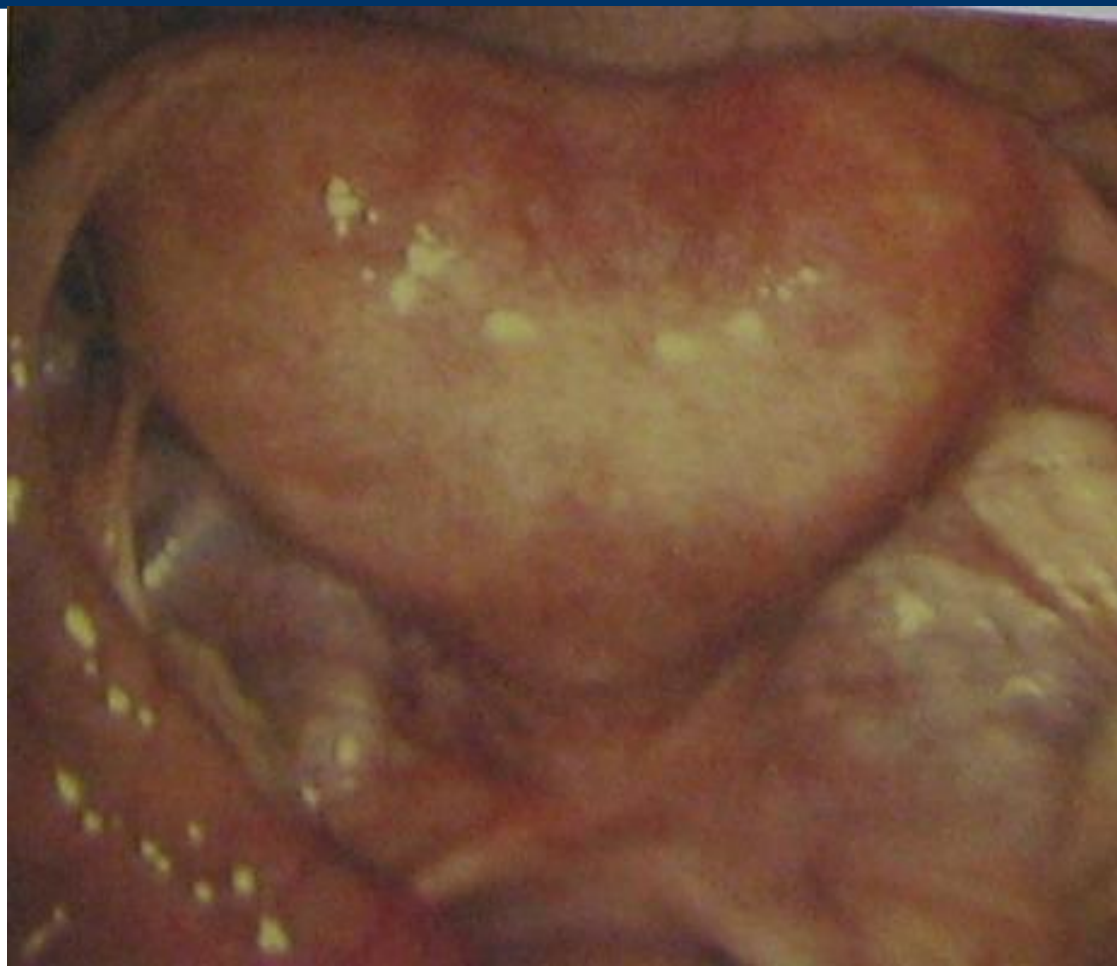
1. Седловидная форма.
2. Неполая форма.
3. Полая форма.

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

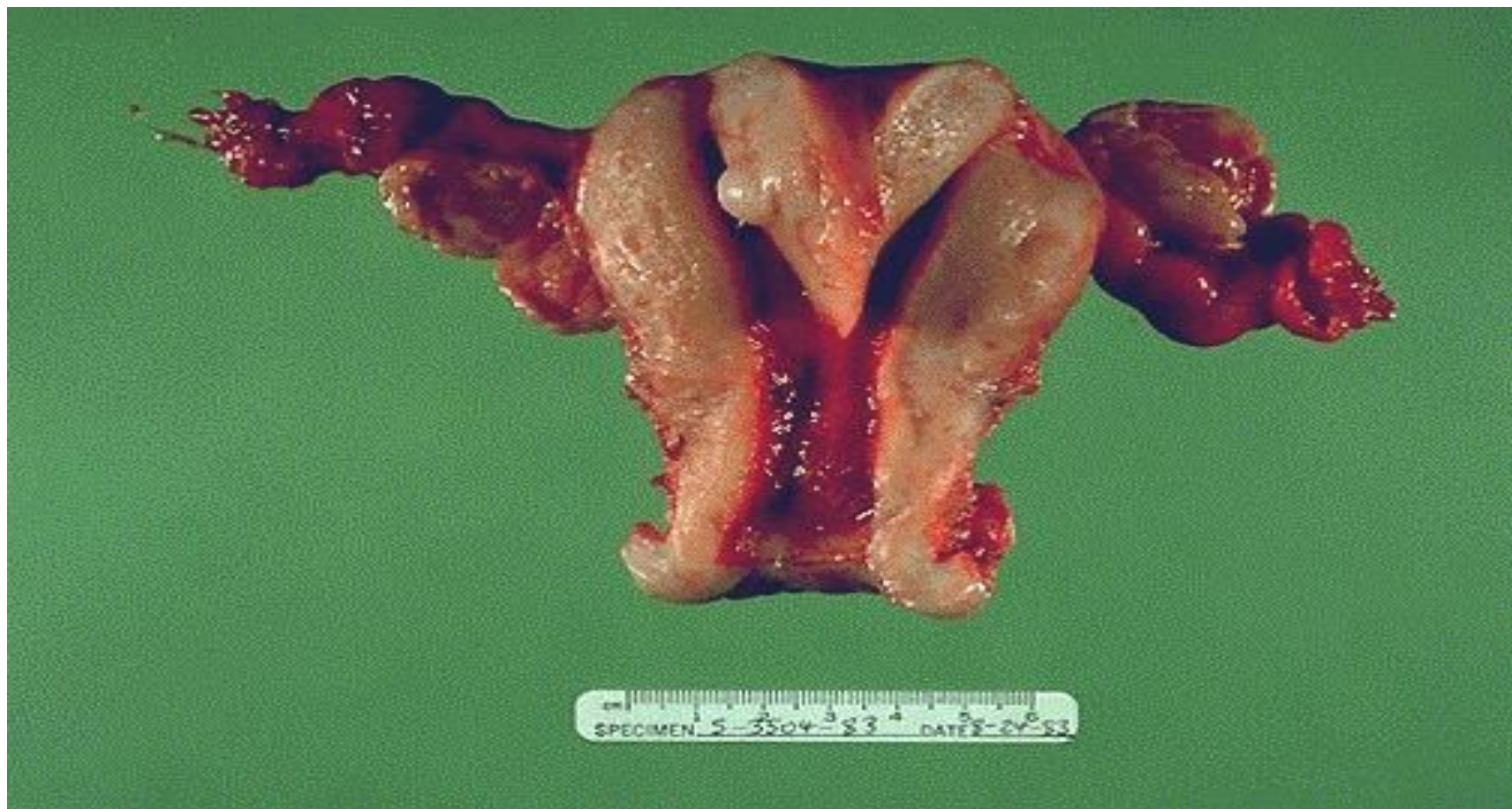
- **Гистероскопическая картина при двурогой матке и внутриматочной перегородке идентична!**

ДВУРОГАЯ МАТКА. Неполная форма.

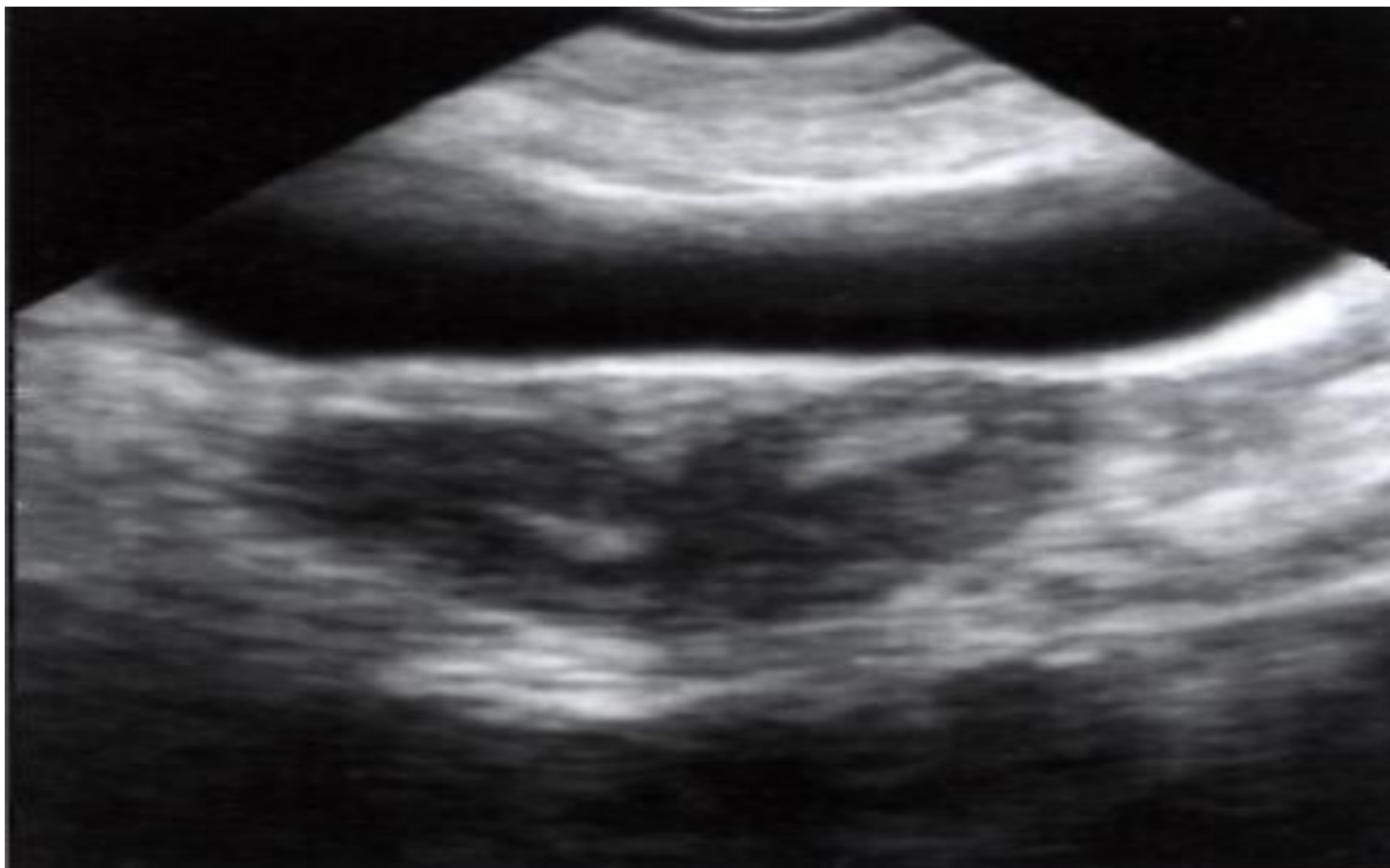


Разделение на 2 рога наблюдается только в верхней трети тела матки. При гистероскопии выявляется один цервикальный канал, но ближе к дну матки определяется 2 гемиполости. В каждой половине только одно устье маточной трубы.

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



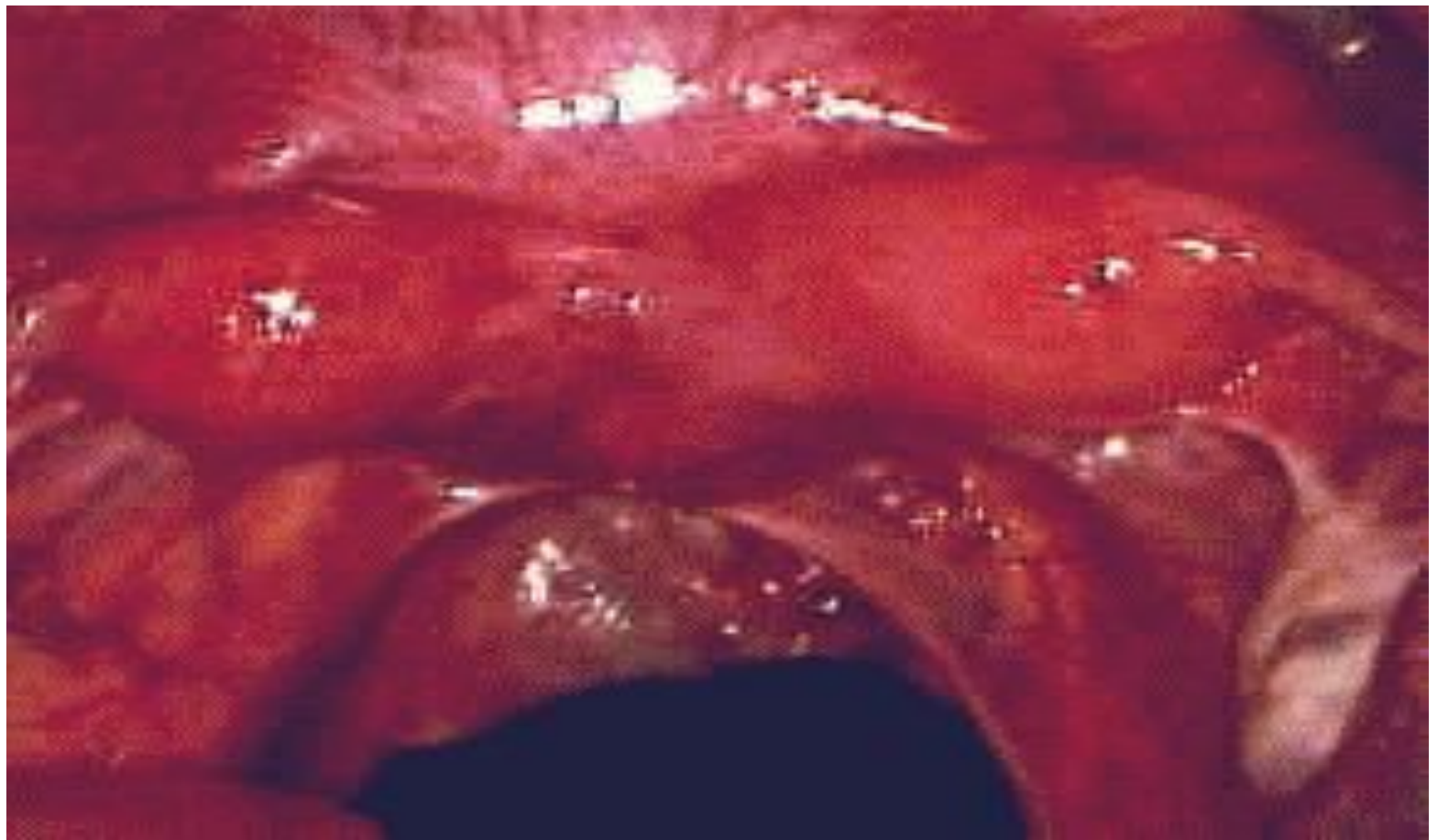
Ультрасонография: два «рога» матки, разделенные выемкой в области дна в каждом из которых определяется нормальный эндометрий - двурогая матка



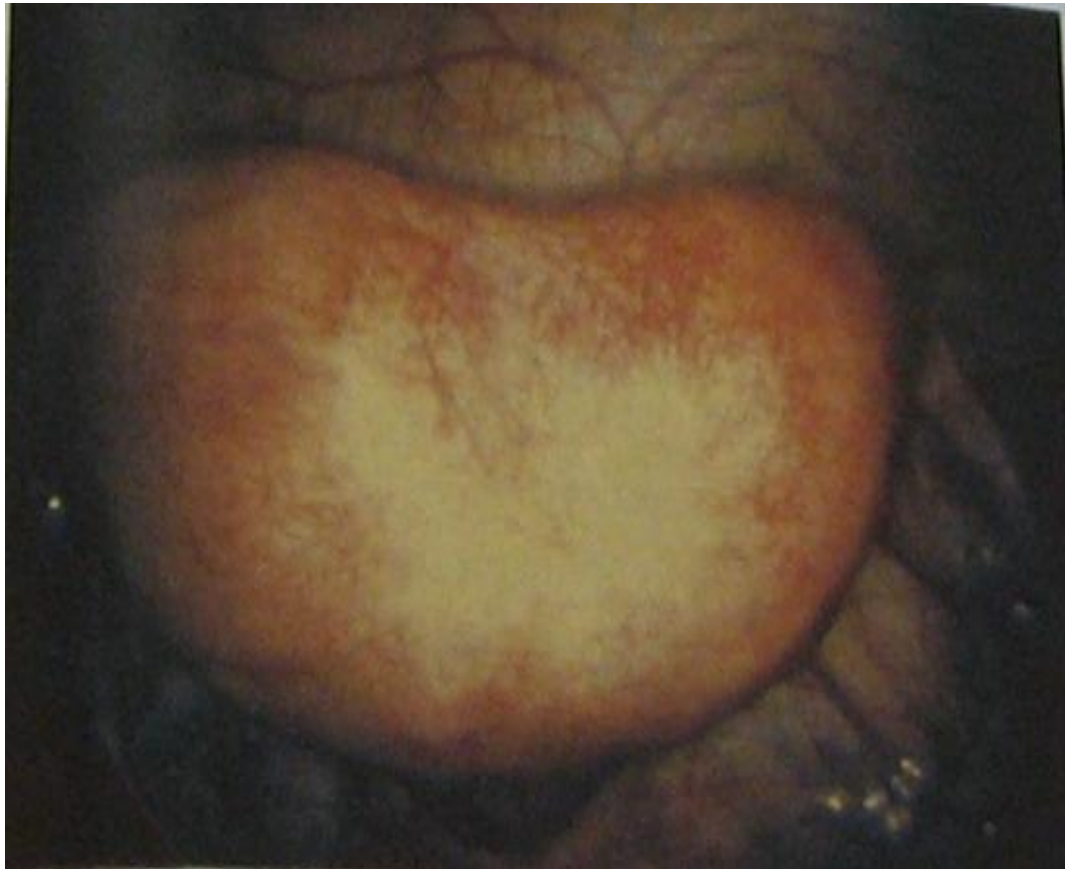
Гистерография: разделение тени полости матки
выемкой, расположенной в области дна



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. Неполая 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

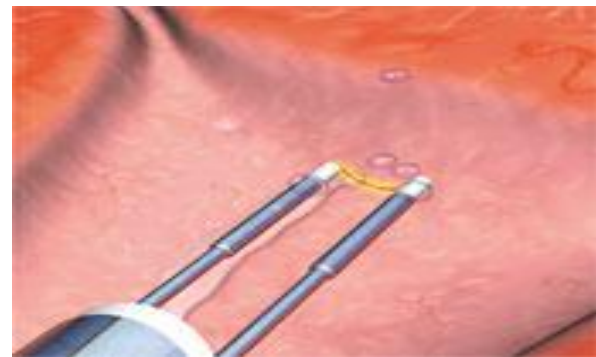
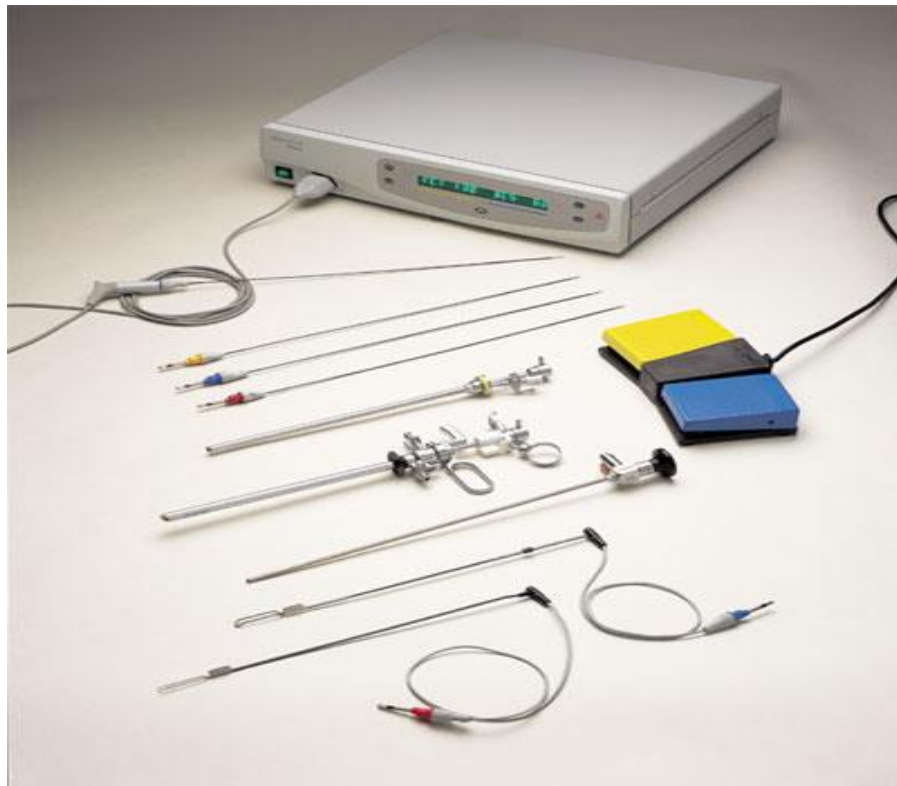


ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА.

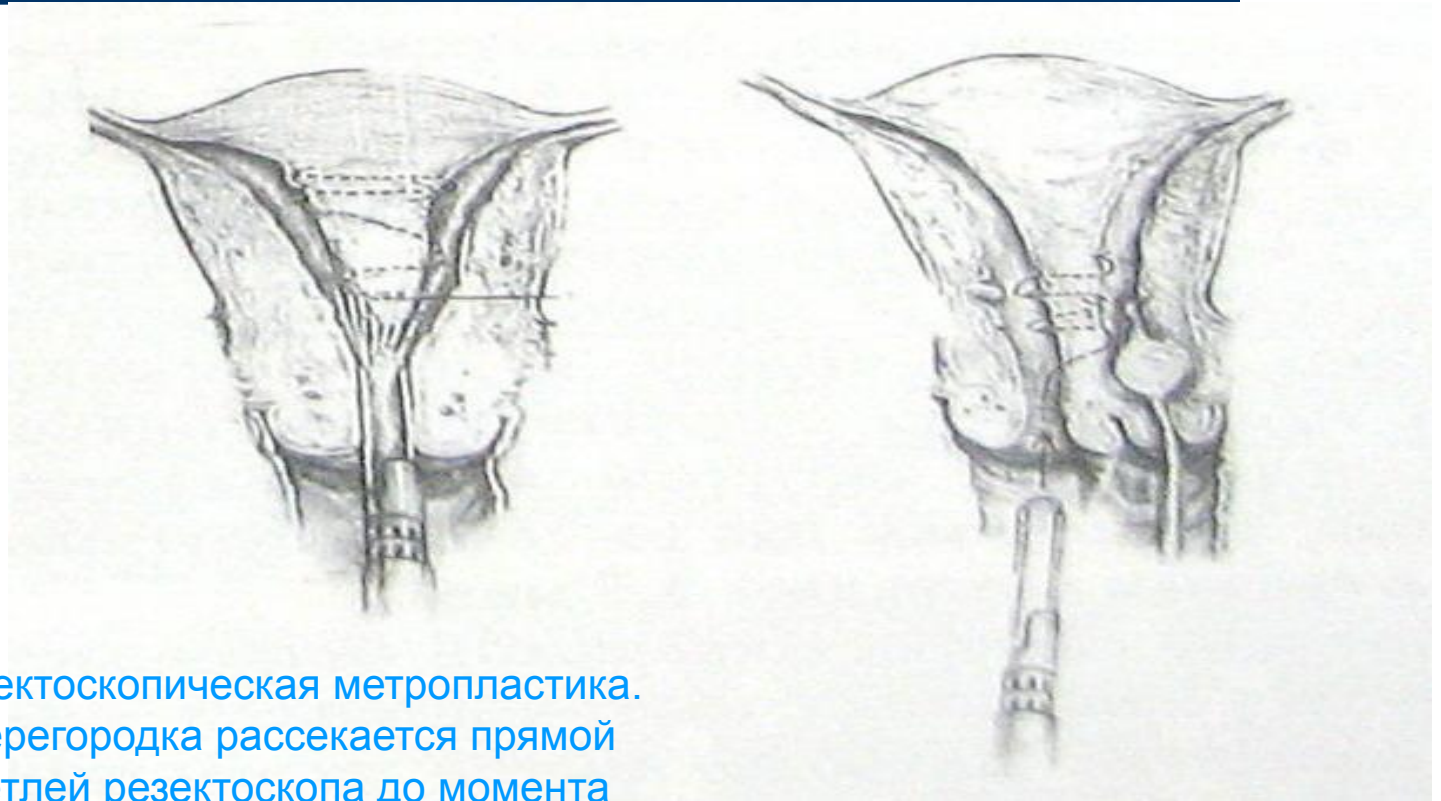
Оперативное лечение.

- 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!