

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Оперативні втручання при аномаліях розвитку жіночих статевих органів. (код курсу 15.7)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 8 годин.

I. Мета заняття

Аномалії розвитку статевих органів в подальшому призводять у багатьох випадках до безпліддя. Визначити причину, по якій відбувається порушення внутрішньоутробного розвитку статевих органів, в кожному окремому випадку досить складно, тому що їх існує безліч.

Аномалії представлені у вигляді змін розмірів, форми, місця розташування і симетричності зовнішніх і внутрішніх статевих органів.

Вміння діагностувати аномалії розвитку та положення статевих органів дозволяє своєчасно провести оперативне лікування.

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомічна будова жіночого статевих органів.
2. Етапи внутрішньоутробного розвитку статевих органів.
3. Інструментальні методи діагностики аномалій розвитку статевих органів.

III. Об'єм нової інформації

1. Загальні поняття про розвиток жіночих статевих органів.
2. Аномалії розвитку статевих органів.
3. Аномалії розвитку матки та вагіни: клініка, діагностика, лікування.
4. Гінатрезії: клініка, діагностика, лікування.
5. Інфантилізм: генітальний і загальний, клініка, діагностика, лікування.
6. Аномалії розвитку яєчників.
7. Нормальне положення статевих органів жінки; фактори, що впливають на нормальне положення жіночих статевих органів.
8. Класифікація аномалій положення статевих органів.
9. Клініка, діагностика та лікування ретрофлексії та ретроверзії матки.
10. Клініка, діагностика та лікування опущень та випадінь статевих органів у жінок.
11. Виворот матки: клініка, діагностика та лікування.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби
4. Інструментарій для вконання операції.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння
----------	--------------------------	-------------------

		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез		+	
2.	Провести загальний та спеціальний огляд		+	
3.	Техніка виконання кольпоскопії		+	
4.	Асистувати на операціях		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Загальні поняття про розвиток жіночих статевих органів.
2. Аномалії розвитку статевих органів.
3. Аномалії розвитку матки та вагіни: клініка, діагностика, лікування.
4. Гінатрезії: клініка, діагностика, лікування.
5. Інфантилізм: генітальний і загальний, клініка, діагностика, лікування.
6. Аномалії розвитку яєчників.
7. Нормальне положення статевих органів жінки; фактори, що впливають на нормальне положення жіночих статевих органів.
8. Класифікація аномалій положення статевих органів.
9. Клініка, діагностика та лікування ретрофлексії та ретроверзії матки.
10. Клініка, діагностика та лікування опущень та випадінь статевих органів у жінок.
11. Виворот матки: клініка, діагностика та лікування.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Підготувати хвору до операції;
4. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування

Тестові завдання

1. Зі скількох шарів складається стінка матки

1. З двох.
- 2.*З трьох.
3. З чотирьох.
4. З одного
5. З п'яти

2. Яким епітелієм покрита слизова піхви

- 1.*Багатошаровим плоским.
2. Багатошаровим циліндричним.
3. Однорядним плоским.
4. Багатошаровим плоским і однорядним плоским.
5. Всіма вище перерахованими.

3. Скільки шарів має стінка піхви

1. Два.

- 2.*Три.
3. Чотири.
4. У нижньому відділі — 3, у верхньому — 2.
5. У нижньому відділі — 2, у верхньому — 3

4. Які шари розрізняють у слизовій оболонці матки

1. Функціональний, базальний.
2. Базальний, губчатий.
- 3.*Губчатий, функціональний, базальний.
4. Парабазальний, базальний, функціональний.
5. Функціональний, парабазальний, губчатий.

5. Яка в нормі довжина яйників

- 1.є 2-2,5 см.
- 2.*3,5-4 см.
3. 5-6 см.
4. 5,5-6 см.
5. 3-6 см.

6. Яка зв'язка відіграє провідну роль у підтриманні яєчника

1. Власна зв'язка яйника.
2. Широка маткова зв'язка.
3. Трубно-яйникова.
- 4.*Лійково-тазова зв'язка.
5. Крижово-маткова.

7. До підвішуючого апарату матки відносять наступні зв'язки:

- 1.*Широкі, крижово-маткові, круглі зв'язки, власні зв'язки яєчників.
2. Лійково-тазові, крижово-маткові, кардинальні зв'язки.
3. Крижово-маткові, кардинальні зв'язки.
4. Широкі, крижово-маткові, круглі зв'язки.
5. Круглі зв'язки, власні зв'язки яєчників

Ситуаційні задачі :

1. Дівчина 16 років скаржиться на відсутність менструацій. Періодично (раз в місяць) відмічає болі внизу живота протягом останніх 2 років. Вторинні статеві ознаки виражені добре. При огляді зовнішніх статевих органів відмічається суцільна перетинка при вході в піхву, яка дещо вип'ячується і має синюшно-багровий колір.

Відповідь-атрезія дівочої перетинки

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

До аномалій розвитку жіночих статевих органів відносять вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенезу, відхилення від величини, форми, пропорцій, симетрії, топографії, наявності утворів, не властивих жіночій статі в постнатальний період.

До аномалій розвитку жіночих статевих органів належать:

- а) порушення в анатомічній будові;
- б) затримка розвитку правильно сформованих статевих органів.

До виникнення аномалій розвитку жіночих статевих органів призводять спадкові, екзогенні, мультифакторіальні чинники. Виникнення вад розвитку геніталій відносять до критичних періодів внутрішньоутробного розвитку. В основі лежать відсутність злиття каудальних відділів парамезонефральних мюллерових ходів, відхилення в перетвореннях уrogenітального синуса, а

також патологічний перебіг органогенезу гонад, який залежить від розвитку первинної нирки. Ці відхилення складають 16 % всіх аномалій.

Аномалії розвитку статевих органів частіше виникають при патологічному перебізі вагітності у матері в різні терміни вагітності. Це ранні та пізні гестози, інфекційні захворювання, інтоксикація, ендокринні порушення в організмі матері.

Крім того, аномалії розвитку жіночих статевих органів можуть виникати під впливом пошкоджувальних факторів зовнішнього середовища, професійних шкідливостей у матері, отруєннях токсичними речовинами.

Поряд з аномаліями геніталій, в 40 % випадків зустрічаються аномалії сечовидільної системи (однобічна агенезія нирки), кишечника (атрезія заднього проходу), кісток (вроджений сколіоз), а також вроджені вади серця.

Існують такі типи порушень:

1. Агенезія - відсутність органу.
2. Аплазія - відсутність частини органу.
3. Атрезія - недорозвиток або відсутність каналу або отвору.
4. Гетеротопія - наявність клітин того чи іншого виду в іншому органі.
5. Гіперплазія - розростання органу.
6. Гіпоплазія - зменшення органу.
7. Стеноз - звуження каналу.

Аномалії розвитку матки та вагіни

Повна відсутність матки зустрічається тільки у нежиттєздатних плодів, які мають і інші важкі вади розвитку:

1. Повна відсутність вагіни (aplasia vaginae) буває внаслідок недостатнього розвитку нижніх відділів мюллерових ходів. Матка, маткові труби при аплазії представлені у вигляді м'язового та сполучнотканинного тяжів - синдром Рокітанського-Майєра-Костнера. Аплазія вагіни супроводжується аменореєю, статеве життя не можливе.

Лікування. Аплазію вагіни лікують тільки хірургічним шляхом. Для створення штучної вагіни використовують шкірний клапоть або ділянку сигмоподібної або прямої кишки. Останнім часом штучну вагіну створюють із очеревини заднього склепіння.

2. Атрезія вагіни - повне зарощення вагіни. Симптоматика і діагностика ті ж, що і при аплазії вагіни.

Гінатрезія - порушення прохідності статевого каналу в ділянці дівочої пліви (atresia hymenalis), вагіни (atresia vaginalis), матки (atresia uterina).

Гінатрезії виникають внаслідок вроджених дефектів мюллерових ходів, перенесених внутрішньоутробних інфекцій (вроджена атрезія). Запальні процеси, перенесені в дитинстві або в зрілому віці (дифтерія, сепсис), можуть призвести до рубцювання та закриття просвіту того чи іншого статевого каналу (набута гінатрезія).

Атрезію гімена виявляють тільки з наступанням статевої зрілості, коли виявляється відсутність менструацій. Кров, що виділяється при менструації, накопичується у вагіні, розтягуючи її стінки (haematocolpos). Переповнена кров'ю вагіна приймає пухлиноподібну форму, верхній полюс якої разом з маткою розміщується вище площини входу в малий таз.

При значному розтягненні вагіни можуть виникнути симптоми стиснення сечового міхура і кишечника, біль в попереку, а також переймоподібний біль і порушений загальний стан в дні, відповідно менструації.

Діагностика. Розпізнати атрезію гімена неважко. При огляді виявляється вип'ячування назовні дівочої пліви синюватого кольору (тиск і просвічування крові). Ректоабдомінальне дослідження в області вагіни виявляє пухлиноподібний еластичний утвір, на верхівці якого розташована матка.

Лікування зводиться до хрестоподібного розрізу дівочої пліви і видалення вмісту вагіни. Операцію проводять, дотримуючись правил асептики. З метою профілактики повторної атрезії потрібно на краї розрізу накласти шви.

Атрезія вагіни може локалізуватися в верхній, середній або нижній третині вагіни. Основним симптомом є відсутність менструацій (аменорея). Скупчення крові проходить вище атрезії, поступово заповнюється і розтягується канал шийки матки та порожнини матки (haematometra). Матка і труби розтягуються, стоншуються і приймають еластичну консистенцію.

При атрезії матки менструальна кров затримується в порожнині матки. Остання перетворюється в округлий, еластичної форми утвір. В подальшому кров проникає в просвіт труб. При закритті абдомінальних отворів маткових труб виникає двобічний гематосальпінкс. Гематометра і гематосальпінкс небезпечні, тому що призводять до розриву стінки матки або труби з подальшим потраплянням вмісту в черевну порожнину, що може зумовити виникнення перитоніту.

Лікування в основному хірургічне. Операцію проводять обережно, дотримуючись правил асептики. При атрезії вагіни проводять висічення зарослого простору. При наявності обширної атрезії висічення закінчують пластичною операцією.

Аномалії розвитку матки:

1. Подвоєння матки і вагіни виникає внаслідок порушення процесу з'єднання тих відділів мюллерових протоків, з яких при нормальному ембріогенезі утворюються матка і вагіна.

2. Uterus didelphys - наявність двох самостійних статевих органів: двох маток (у кожної є одна труба і один яєчник) двох шийок, двох вагін. Матка і вагіна розміщуються окремо, між ними знаходяться сечовий міхур і пряма кишка. Дві половини можуть бути розвинуті задовільно або нерівномірно: можлива повна або часткова відсутність порожнини в одній або обох половинках. Вагітність може наступати по черзі в кожній матці. Цей вид аномалії лікування не потребує.

3. Uterus duplex et vagina duplex - наявність двох маток, двох шийок і двох вагін. Але, на відміну від першої форми, обидві матки з'єднуються на обмеженій ділянці, частіше в ділянці шийки матки, фіброзно-м'язовою перегородкою. Одна із маток поступається величиною і в функціональному відношенні. На менш розвинутій матці може бути атрезія маткового зіву. При частковій атрезії однієї вагіни можливе скупчення крові - haematocolpos lateralis. Якщо в верхньому відділі вагіни є сполучення, то можливі інфікування крові, що накопичилася, і утворення гнійника в атрезованій вагіні. При наявності порожнини в рудиментарному розі матки і аплазії вагіни накопичується менструальна кров і утворюється haematometra.

В рудиментарний ріг, з матковою трубою може проникнути запліднена яйцеклітина. Вагітність в рудиментарному розі перебігає за типом позаматкової вагітності і підлягає оперативному лікуванню.

4. Uterus bicornis - двомага матка виникає від злиття парамезонефральних ходів. В результаті спостерігається загальна вагіна, а інші органи роздвоєні. Як правило, органи на одній стороні виражені слабше, ніж на іншій.

При дворогій матці може бути дві шийки - uterus bicollis. При цьому вагіна має звичайну будову або в ній може бути часткова перегородка.

Інколи при дворогій матці може бути одна шийка, яка утворюється від повного злиття обох половин - uterus bicornis uncollis.

Можливе майже повне злиття обох рогів за винятком дна, де утворюється сідлоподібне поглиблення - сідлоподібна матка (uterus arcuatus). У сідлоподібній матці може бути перегородка, яка розповсюджується на всю порожнину, або часткова перетинка в ділянці дна чи шийки матки.

При задовільному розвитку одного рога матки і різко вираженому рудиментарному стані другого утворюється однорога матка - uterus unicornus.

Клініка. Подвоєння матки та вагіни може перебігати безсимптомно. При достатньо задовільному розвитку обох або навіть однієї матки менструальна та статева функції не порушуються.

Вагітність може наставати то в одній, то в іншій порожнині матки, можливий нормальний перебіг пологів і післяпологового періоду. Якщо різні ступені подвоєнь поєднуються з недорозвитком яєчників і матки, виникають симптоми, характерні затримці розвитку

(порушення менструальної, статевої і дітородної функції). Часто зустрічаються мимовільні викидні, слабкість пологових сил, кровотечі в післяпологовому періоді. Гематокольпос та гематометра супроводжуються болем, підвищенням температури. При пальпації живота виявляють невеличку пухлину, що зміщується.

Діагностика. Розпізнати подвоєння матки і вагіни в більшості випадків неважко, здійснюють це за допомогою звичайних методів обстеження (бімануального, обстеження в дзеркалах, зондування, УЗД). При необхідності застосовують метросальпінгографію, лапароскопію.

Лікування. Подвоєння матки та вагіни перебігають безсимптомно і лікування не потребують.

При наявності перегородки у вагіні, яка перешкоджає народженню плода, проводять її розсічення.

При наявності симптомів затримки розвитку геніталій призначають циклічну гормональну терапію.

При скупченні крові в атрезованій вагіні або в рудиментарному розі потрібне хірургічне лікування. При наявності аномалій матки проводять хірургічну корекцію - операцію метропластики.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. *Клиническая визуальная диагностика* / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. Гінекологія: підручник для ВНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. *Гинекологическая диагностика и лечение* // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
7. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.
8. Лихачов В.К. *Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.*-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. Гінекологія: підручник для ВНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

23.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03.2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.