

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“___” _____ 200
протокол № _____.
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: АНОМАЛІЇ ПОЛОЖЕННЯ І ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.
Кількість навчальних годин 2

Тема: “Аномалії положення і травматичні пошкодження жіночих статевих органів. Аномалії розвитку жіночих статевих органів.”

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Положення органів черевної порожнини, у тому числі і органів малого таза, відносно постійне завдяки рівновазі, яка створюється у черевній порожнині впливом діафрагми, передньої черевної стінки і м'язів промежини, а також взаємною підтримкою органів. Разом з тим, матка з яєчниками і матковими трубами має деяку фізіологічну рухливість, що сприяє нормальному перебігу вагітності і пологів та правильній функції сечового міхура і кишок. Надмірна рухливість (зниження тону сечостатевої діафрагми) або обмеження рухливості матки (запальні процеси, запущений рак тощо) відносяться до патологічних явищ.

Положення статевих органів змінюється з віком. У дитинстві матка розміщена вище, ніж у період статевої зрілості. У старечому віці через атрофію статевих органів матка розміщується глибоко у порожнині таза і відхиляється назад.

Як правило, аномалії розвитку статевих органів є природженою патологією. Диференціація статевого тракту відбувається у період раннього ембріогенезу, визначається генетичними чинниками і обумовлюється гормональною функцією фетальних гонад.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

2.1 Студент повинен знати:

1. Підвішуючий, фіксує та підтримуючий апарат матки.
2. Етіологію та патогенез аномалій положення та зміщення внутрішніх статевих органів жінки.
3. Клініку, лікування, профілактику аномалій положення та зміщення статевих органів.

2.2 Студент повинен вміти:

1. Застосувати методи дослідження гінекологічних хвороб.
2. Провести діагностику недостатності м'язів тазового дна.
3. Визначити нормальне та патологічне положення внутрішніх статевих органів.
4. Призначити консервативне лікування при опущенні та випадінні.
5. Призначити лікувальну фізкультуру при ретродевіаціях матки.
6. Призначити лікувальну фізкультуру при опущеннях внутрішніх статевих органів.
5. Асистування при операціях із приводу опущення та випадіння внутрішніх статевих органів.

III. МАТЕРІАЛИ ДО АУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

3.1 МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову внутрішніх та зовнішніх статевих органів жінки.	Діагностувати недостатність м'язів тазового дна.

Генетика	Підвищуючий, фіксу- чий та підтримуючий апарат матки Періоди ембріогенезу людини.	Визначати нормальне та пато- логічне положення внутрішніх статевих органів. Визначити генетичні чинники які обумовлю- ють гормональну функцію фетальних гонад.
----------	--	---

3.2. ТЕЗИ ЗМІСТУ ТЕМИ.

АНОМАЛІЇ ПОЛОЖЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Нормальним (типовим) для матки прийнято вважати положення статевих органів здорової статевозрілої невагітної жінки, яка знаходиться у вертикальному положенні при спорожнених сечовому міхурі і прямій кишці. За цих умов матка міститься у центрі малого таза на однаковій відстані від лобкового зрощення і крижів та від правої і лівої спинок таза. Дно матки знаходиться на рівні площини входу у малий таз, піхвова частина шийки матки і отвір матки на рівні верхніх передніх сідничних остей. Отвір матки прилягає до задньої стінки піхви. Дно матки обернене вперед угору, піхвова частина шийки матки вниз і трохи назад. Між тілом і шийкою матки утворюється тупий кут, відкритий уперед (фізіологічна антефлексія).

У разі переповнення сечового міхура і прямої кишки або за наявності будь-яких патологічних процесів, частіше за межами матки, остання може займати не типово для неї положення.

Звичайно матка перебуває у полож(антефлексії та антеверсії).

Аномаліями положення матки вважаю такі відхилення її положення, які виходе межі фізіологічного положення і мають ціонарний характер. Розрізняють три різновиди аномалії положення матки: зміщення по горизонтальні вертикальні площинах, а також нав своєї поздовжньої осі.

ЗМІЩЕННЯ МАТКИ У ГОРИЗОНТАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ

Переміщення матки (тіла і шийки) щодо середньої лінії (провідної осі) таза вають диспозицією матки. Залежно від куди зміщена матка, прийнято розрі: апіерозіїю — зміщення матки вперед), при цьому може бути рухомою або нерхомою, прикріпленою спайками до стінок тазу; суміжних органів.

Нормальні позиції матки у малому тазу *флексія, ретрофлексія; версія. Патологічна зміна положення матки спосерігається у разі тиснення на матку пухлини або підтягування матки спайками до стінок таза.

Антепозиція матки відзначається у тих випадках, коли позаду матки є велика пухлина, накопичення гною або крові (при позаматковій вагітності), якими матка відтісняється вперед, іноді навіть притискається до лобкового симфізу. Антепозицію матки штучно створюють під час хірургічного лікування випадання матки (прикріплення матки до передньої черевної стінки вентрофіксація матки).

Ретропозиція матки спостерігається частіше після важких запальних процесів, що перебігають позаду матки, це веде до підтягування матки до задньої стінки таза.

Відхилення матки вправо або вліво спостерігається унаслідок відтискування матки великими пухлинами і значного накопичення гною у правому і лівому параметрі! (матка зміщується у протилежний бік) або унаслідок спайкового процесу в ділянці придатків (матка зміщується у бік спайок).Зміщення матки визначається під час біма-нуального дослідження.

Лікування зводиться до усунення причини, яка викликала диспозицію матки (видалення пухлини, лікування запального процесу тощо).

У разі нахилу матки кут між тілом і шийкою вирівнюється і обидва відділи матки лежать водній площині. У рідких випадках зустрічається поєднання нахилу матки з перегином її. При цьому антеверсія сполучається з анте-флексією, а ретроверсія з ретрофлексією.

Розрізняють нахил матки рухомий і нерухомий. Рухомий нахил матки, як правило, не буває патологічним положенням, оскільки у нормі матка лежить значною мірою в анте-версії, торкаючись своїм дном до задньої стінки сечового міхура. У разі надмірного нахилу матки вперед (патологічна антеверсія) і у разі фіксованої антеверсії (крім випадків фіксуєчих операцій вентрофіксація) положення матки вважають патологічним. У разі патологічної антеверсії дно матки розміщене нижче від шийки матки, піхвова частина шийки на відміну від норми спрямована назад і вгору.

Причинами патологічної антеверсії може бути недостатність розвитку підтримувально-го апарату шийки матки, інфантилізм, пухлини і осумковані випоти, спайкові запальні процеси тощо.

Нахил матки у бік є наслідком зміщення тіла матки пухлиною, осумкованим гнійним випотом у приматковій клітковині (параметрит), а також запального процесу у маткових трубах і яєчниках, спайок і рубців після видалення пухлин придатків тощо.

Перегиб матки це перегиб тіла матки щодо шийки в ділянці перешийка матки. За нормального положення матки тіло і шийка матки утворюють тупий кут, відкритий уперед, тіло матки обернене вгору і вперед, а шийка назад і вниз. Таке розміщення тіла матки називається фізіологічним перегином тіла матки вперед. Перегиб матки вперед, коли між тілом і шийкою матки утворюється гострий кут, є патологічним: у разі надмірного перегину тіло матки майже паралельне шийці, причому цей кут між шийкою і тілом матки не випрямляється і не вирівнюється, — надмірна патологічна антефлексія або гіперантефлексія матки.

Перегиб матки зустрічається частіше за інші форми перегину і нерідко сполучається з нахилом матки назад. Різноманітні зміщення і відхилення матки нерідко зустрічаються у комбінації одне з одним, наприклад,

опущення матки часто поєднується з ретроверсією, матка у стані ретрофлексії може бути одночасно зміщена до лобкового горба, крижів, вправо і вліво тощо.

Причиною патологічного перегину матки можуть бути пухлини стінки матки, які змінюють її форму. Частіше патологічний перегин матки розвивається у разі природжених вад і недорозвитку матки і супроводжується іншими ознаками недорозвитку статевих органів (дитяча матка, конічна шийка матки зі стенозом каналу). Перегин матки і нахил її у бік можуть спостерігатися після оперативного втручання і запальних процесів (спайки).

Патологічний перегин матки часто супроводжується альгодисменореєю і безплідністю, що розвиваються унаслідок механічної перешкоди виділенню менструальної крові і проходженню сперматозоїдів у порожнину матки.

Лікування. За наявності пухлин, що деформують матку, рекомендують видалення пухлини. У разі патологічного перегину матки, зумовленого іншими причинами (недорозвиток матки, вади розвитку тощо), виправлення положення матки хірургічним шляхом не дає бажаних результатів. При цьому показана консервативна терапія (особиста гігієна, заняття спортом, раціональне харчування фізіотерапія, гінекологічний масаж, санаторно-курортне лікування).

Ретродевіація матки. Нахил і перегин матки назад називається ретродевіацією матки. Розрізняють три ступені ретродевіації матки:

I ступінь — нахил матки назад зі збереженням антефлексії, або ретроверсія-антефлексія матки;

II ступінь — нахил матки назад без вираженого кута між тілом і шийкою матки — ретроверсія;

III ступінь — нахил матки назад за наявності між тілом і шийкою матки вираженого кута, відкритого назад, — ретрофлексія, або ретрофлексія-ретроверсія.

В етіології ретродевіації велике значення має одночасне розслаблення підвішувального (круглі і крижово-маткові зв'язки) і підтриму-вального (м'язи тазового дна) апарату матки. У разі розслаблення круглих і крижово-маткових зв'язок шийка матки відходить вперед, а тіло — назад. Це положення матки фіксується міцним шаром м'язів тазового дна.

Одночасне розслаблення тлвшгувального і підтримувального апаратів призводить до випадання статевих органів.

Ретродевіації сприяють деякі анатомічні особливості, наприклад, кут нахилу таза менше ніж 60° , коротка задня стінка піхви, а також ослаблення тонуусу м'язів, інфантілізмом і гіпоплазією матки.

Девіація матки розвивається також у пухлин яєчників, які розташовуються в міхурово-маткової заглибини, або міоматозних вузлів на передній стінки матки.

Діагноз ретродевіації встановлюють за допомогою бімануального дослідження. При цьому необхідно старанно дослідити контури матки, її форму, розмір, консистенцію, рухливість, а також стан маткових труб і яєчників. Ретродевіацію слід диференціювати з пухлинами яєчників (визначаються окремо від матки); міомою матки (треба старанно промацати контури матки і пухлини); ущільненим ексудатом у разі підгострого або хронічного периметриту (язикоподібне випинання в ділянці задньої частини склепіння піхви, болісність, підвищення температури тіла, підвищена ШОЕ, лейкоцитоз); гематоцеле (пухлинам'якої консистенції, без чітких меж, під час пункції задньої частини склепіння — кров).

Для діагностики рухливої ретродевіації велике значення має виведення матки вперед (репозиція матки).

Найбільше поширення одержав комбінований ручний спосіб виведення матки за Шульцем, який застосовують не тільки з діагностичною, але і з лікувальною метою. Перед проведенням репозиції матки слід спорожнити сечовий міхур і пряму кишку. Репозиція протипоказана за наявності зрощень і спайок, а також запального процесу,

ЗМІЩЕННЯ МАТКИ ПО ВЕРТИКАЛЬНІЙ ОСІ ВГОРУ І ВНИЗ

Підняття матки — це зміщення усієї матки разом з шийкою вгору, дно матки знаходиться вище площини входу у таз і промацується над лобком, піхвова частина шийки матки піднімається вище від спінальної площини і під час піхвового дослідження досягається важко або стає недосяжною.

Розрізняють елевацію матки фізіологічну (у дитячому віці, у разі одночасного переповнення сечового міхура і прямої кишки) і патологічну (при великих пухлинах піхви і прямої кишки, при міомі, яка народжується у піхві, осумкованих запальних випотах тощо).

Елевацію матки визначають під час біману-ального дослідження. Спеціального лікування елевація матки не потребує: після усунення причин елевації матка займає фізіологічне положення.

Опущення і випадання матки і піхви є єдиним патологічним процесом унаслідок безпосереднього анатомічного зв'язку між ними і одних і тих самих причин, що їх зумовлюють. У разі значного випадання матки придатки також зміщуються вниз, розміщуючись глибоко у міхурово-матковій заглибині. Разом з передньою стінкою піхви нерідко опускається і випадає за межі статевої щілини тісно пов'язана з верхньою частиною піхви стінка сечового міхура (сузіосіє), утворюючи грижу сечового міхура.

Опущення стінок піхви. Стінки піхви опущені, але не виходять за межі входу в піхву. Розрізняють опущення передньої стінки піхви, задньої і передньої та задньої.

Випадання стінок піхви. Стінки піхви винаходять назовні від входу у піхву. Розрізняють випадання передньої і задньої стінок, а також повне випадання піхви, яке супроводжується випаданням матки. Зовні це нібито виворіт слизової оболонки піхви.

Стінки піхви, що випали назовні, стають сухими, грубими, змозолілими, сполучна тканина набрякає. Складки піхви поступово вирівнюються, слизова оболонка набуває білуватого кольору. На слизовій оболонці піхви і шийки матки нерідко унаслідок постійного тертя об стегна і висихання з'являються потертості і виразки.

У разі опущення і випадання піхви настають значні зміни у розміщенні не тільки статевих, а й суміжних органів, особливо сечового міхура і прямої кишки. У процесі опущення утворюється грижа передньої і задньої стінок піхви. При випаданні передньої стінки піхви грижовий мішок включає задню стінку сечового міхура (Cistocele), іноді й сечівник. У разі випадання задньої стінки піхви у грижовому мішку знаходиться передня стінка прямої кишки (Rectocele).

Зміщення матки вниз. Опущення матки. Піхвова частина шийки матки опущена значно нижче від спінальної площини, легко доступна для піхвового дослідження, але із статевої щілини її не видно навіть під час натуження.

Випадання матки значне зміщення матки вниз. Матка частково або повністю виходить за межі статевої щілини. Розрізняють неповне і повне випадання мат-ки. У разі неповного випадання матки із статевої щілини виходить тільки піхвова частина шийки, а тіло матки розміщене вище від її доду у піхву. При цьому нерідко значно збільшується довжина шийки матки. У разі повного випадання матки тіло матки разом із шийкою розміщене нижче від статевої щілини, занурене у вивернуті стінки піхви.

У разі тривало перебігаючого випадання матки розвиваються вторинні патологічні зміни: трофічні виразки (пролежні) на піхвовій частині шийки матки і стінках піхви, подовження і гіпертрофія шийки матки, поліпи біля отвору матки (можуть спричинювати контактні кровотечі). Іноді випадання матки супроводжується грижею черевної стінки, рідше випаданням прямої кишки.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Як правило, аномалії розвитку статевих Органів є природженою патологією. Диференціація статевого тракту відбувається у першій половині раннього ембріогенезу, визначається генетичними чинниками і обумовлюється гормональною функцією фетальних гонад.

Жіночі статеві залози розвиваються з 6-го тижня ембріонального життя із кіркового шару недиференційованого зачатка первинної гонади, яка утворюється із первинної бруньки. Наступний етап диференціація внутрішніх і зовнішніх геніталій. Внутрішні статеві органи диференціюються на 10—12-му тижні внутрішньоутробного періоду. Основою їх розвитку є індіферентні мезонефральні (вольфові) і парамезонефральні (мюллерові) протоки. Під час розвитку плода жіночої статі вольфові протоки регресують, а мюллерові диференціюються у матку, яйцеводи, склепіння піхви. Маткові труби формуються у вигляді парних утворень із мюллерових тяжів, що не злилися у верхній третині, у той час як матка і піхва утворюється унаслідок зростання (злиття) мюллерових проток. Злиття мюллерових ходів починається з 9-го тижня ембріогенезу, завершення формування матки (як органа) відбувається до 11-го тижня. До кінця 16-го тижня мат-ка розділяється на тіло і шийку. Зовнішні статеві органи формуються з 12-го по 20-й тиждень внутрішньоутробного періоду. Основою розвитку зовнішніх статевих органів статевий горбок, лабіоскротальні валики і гогенітальний синус. У цей період формуються піхва (її каудальні дві третини), клітор, великі і малі статеві губи, присінок піхви із здільним отвором сечівника і входом у ву (дівоча перетинка). Нормування статевої системи в ембріогенезі визначається взаємодією трьох груп чинників: генетичного механізму, внутрішніх чинників (гормони, ферментні системи) і зовнішніх чинників, які відбивають вплив навколишнього середовища.

Вади розвитку статевих органів часто поєднуються з аномаліями розвитку сечовивідних шляхів і прямої кишки. У цьому разі можуть мати місце: а) порушення анатомічної структури органа, повна його відсутність або наявність його рудимента; б) недорозвиток (затримка розвитку) правильно сформованих статевих органів (статевий інфантилізм). Статевий інфантилізм звичайно розвивається під впливом несприятливих умов, які діють на дитячий організм, особливо у період статевого дозрівання.

Аномалії, пов'язані зі зміною структури статевих органів, супроводжуються порушенням усіх або окремих функцій статевої системи. Однак у разі деяких видів вад розвитку (подвійна матка) функції статевих органів можуть залишатися нормальними. Найчастішими аномаліями розвитку статевих органів є такі.

НЕДОРОЗВИТОК СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (ГЕНІТАЛЬНИЙ ІНФАНТИЛІЗМ)

Як правило, генітальний (статевий) інфантилізм є ознакою загального не благополуччя в організмі жінки і пов'язаний з недостатньою продукцією гіпоталамусом рилізінг-гормонів, гіпофізарних гонадотропних і яєчникових статевих гормонів. Генітальний інфантилізм звичайно поєднується зі значним інфантилізмом організму жінки.

Причиною генітального інфантилізму можуть бути різні чинники, що шкідливо діють на дитячий організм: а) гіповітамінози; б) хронічні септичні і специфічні захворювання; в) важкі фізичні і психічні травми, важка фізична праця; г) шкідливий вплив фізичних і хімічних чинників навколишнього середовища і виробництва; д) паління, алкоголізм,

Набута гінатретрія розвивається у дитячому віці унаслідок місцевого запального злипливого процесу після дифтерії, віспи, скарлатини, кору, у зрілому віці — унаслідок септичної післяпологової інфекції або рубцевих зрощень у ділянці каналу шийки матки і у порожнині матки після грубого вишкрібання під час абортів або після пологів.

Атретрія дівочої перетинки частіше виявляється під час перших менструацій, коли кров накопичується у піхві, розтягуючи її

У разі зараження дівочої перетинки хвори скаржаться на відсутність менструацій регулярний щомісячний переймоподібн: розпираючий біль унизу живота і в діля крижів, який триває 4—5 днів.

Відсутність піхви зустрічається частіше, ніж відсутність матки, і може бути первинною і вторинною. Первинна відсутність піхви розвивається внутрішньоутробно як наслідок недостатнього розвитку нижніх відділів навколосередньониркових (мюллерових) проток. При цьому часто і матка буває недорозвинутою або

рудиментарною у вигляді м'язового тяжа, який не має порожнини. Вторинна відсутність піхви є наслідком злипливого запалення її при захворюваннях на віспу, дифтерію, скарлатину, іноді кір. У жінок вторинна аплазія піхви може розвинутися після важких післяпологових захворювань і травм.

Відсутність піхви тягне за собою неможливість статевого життя, відсутність менструацій (істинна або удавана) — відсутність вагітності.

Лікування тільки хірургічне з утворенням штучної піхви із очеревини прямокишково-маткової заглибини, шкірного клаптя або із ділянки резектованої сигмоподібної ободової або прямої кишки, а останнім часом — із різних алопластичних матеріалів

Відсутність матки (аплазія uteri). Зустрічається рідко і, як правило, разом з аплазією піхви. Причини аплазії матки такі самі, як : аплазії піхви. Звичайно ця патологія виявляється пізно, після 14—15 років. Єдиним клінічним проявом аплазії матки є відсутність менструації (аменорея), що примушує батьк.: дівчинки (дівчини) звернутися до лікаря (дитячого гінеколога). У даної категорії хворга яєчники розвинуті нормально або гіперплазовані (полі- або склерокістоз). Нерідко мають місце регулярні овуляції. Вторинні статеві ознаки розвинуті нормально. Психосексуаль-на орієнтація дівчат правильна. У дні овуляції-дівчата із аплазією матки часто скаржаться к; біль унизу живота, нагрубання молочних залоз.

Атрезія матки (атрезія uteri). У разі атрезії матки основним симптомом є відсутність менструації. Менструальна кров накопичується у порожнині матки. Матка розтягується, перетворюючись на округле, еластичне утворення. Потім кров проникає у порожнину маткових труб і у черевну порожнину. Якщо ампули маткових труб непрохідні, труби заповнюються кров'ю-паєтаїозаїріпх.

Небезпечним ускладненням є можливість розриву стінки матки або маткової труби з виливом вмісту у черевну порожнину.

Лікуванняуразігематометри і гемато-сальпінксу хірургічне. Роблять пластичні операції, іноді надпіхвову ампутацію матки разом зі зміненими трубами.

Відсутність піхви зустрічається частіше, ніж відсутність матки, і може бути первинною і вторинною. Первинна відсутність піхви розвивається внутрішньоут-робно як наслідок недостатнього розвитку нижніх відділів навколосередньониркових (мюллерових) проток. При цьому часто і матка буває недорозвинутою або рудиментарною у вигляді м'язового тяжа, який не має порожнини. Вторинна відсутність піхви є наслідком злипливого запалення її при захворюваннях на віспу, дифтерію, скарлатину, іноді кір. У жінок вторинна аплазія піхви може розвинутися після важких післяпологових захворю-1 вань і травм.

Відсутність піхви тягне за собою неможливість статевого життя, відсутність менструацій (істинна або удавана) — відсутність вагітності.

Лікування тільки хірургічне з утворенням штучної піхви із очеревини прямокишково-маткової заглибини, шкірного клаптя або і із ділянки резектованої сигмоподібної ободкової або прямої кишки, а останнім часом — із різних алопластичних матеріалів

Повне роздвоєння матки і піхви зустрічається дуже рідко. Трохи частіше зустрічається роздвоєння матки і піхви, у разі якого обидві половини з'єднуються на обмеженій ділянці. При цій ваді також є дві напівматки і піхви. Можуть бути різні додаткові аномалії повна або часткова відсутність порожнин одній або в обох половинах матки, неоднаковий розвиток піхви тощо.

У разі нерівномірного розвитку навколосередньониркових проток у матці утворюються односторонні асиметричні виродливості, зокрема, рудиментарний ріг, порожнина якого не з'єднується з порожниною матки. Під час менструації у замкнутій порожнині рудиментарного рогу накопичується менструальне кров (гаматометра). У рудиментарний ріг який має маткову трубу, може проникнути запліднена яйцеклітина. Вагітність перебігає за типом позаматкової і потребує хірургічного лікування.

У разі поєднання роздвоєння матки і піхви з недорозвитком матки і яєчників часті симптоми, характерні для гіпофункції яєчників запізним менструації, порушення менструального циклу, безплідність тощо.

Діагностика роздвоєння матки і піхви у виражених випадках не викликає утруднень. Діагноз ставлять за допомогою бімануального дослідження і огляду за допомогою дзеркал. Іноді необхідні зондування порожнини матки.

3.3 РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

VIII. ЛІТЕРАТУРА:

8.1. Основна:

Бодяжина В.І., Жмакін К.Н. Гінекологія. – М.: Медицина, 1998.-С. 96-110.

2. Вихляева В.М. Руководство по гинекологической эндокринологии. – М.- 1997. – С. 1-175.

Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія.-К., 1996.-С.124-132.

4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – С-нт Пб: СОТИС, 1995. – Кн. 1 – С.42-64.

8.2. Додаткова:

1. Бодяжина В.И. “Неоперативная гинекология” - Руководство для врачей. М. “Медицина”, 1990.

2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснополский В.И. “Оперативная гинекология”. М. “Медицина”, 1990.

3. Персианов Л.С. “Оперативная гинекология” М. 1976.

4. Прокопчук В.С., Кравченко О.В. “Клінічна патологія жіночих статевих органів”, “чернівці”, 1995.

5. Рембез И.Н. “Оперативная гинекология” - К. 1985.

6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. “Неоперативная гинекология” Кн 1, Изд 2-е перераб. - Спб. Сотис 1995.

Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки до учбових дій
Етіологія та патогенез аномалій розміщення та зміщення жіночих статевих органів	Назвіть етіологічні фактори аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів
Класифікація аномалій розміщення та зміщення жіночих статевих органів	Назвіть класифікацію аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів
Анамнез жінок з аномаліями розміщення та зміщення жіночих статевих органів	Назвіть основні клінічні ознаки аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів
Об'єктивне дослідження жінок з аномаліями розміщення та зміщення жіночих статевих органів	Опишіть ознаки аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів при об'єктивному дослідженні
Додаткові дослідження аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів	Перелікуйте симптоми аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів при інструменталь- ному дослідженні хворих
Лікування аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів	Перелікуйте різноманітні лікувальні міроприємства при аномаліях розміщення і зміщення жіночих статевих органів. Опешить техніку операцій.
Профілактика аномалій розміщення і зміщення жіночих статевих органів	Перелікуйте міри профілактики ано- малій розміщення і зміщення жіночих статевих органів.

3.5 Матеріали ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

А. Питання для самоконтролю:

1. Фактори, що забезпечують нормальне положення внутрішніх статевих органів жінки.
2. Перегін та нахил матки, зміщення по горизонталі та по вертикалі, визначення понять, варіанти.
3. Етіологія опущень та випадінь матки й стінок піхви.
4. Клініка опущень та випадінь. Ступені опущень та випадінь.
5. Лікування опущень та випадінь внутрішніх статевих органів.
6. Профілактика опущень та випадінь внутрішніх статевих органів.
7. Ретродевіації матки: етіологія, клініка, лікування.
8. Подовження шийки матки: етіологія, клініка, лікування.
9. Гіперантефлексія: етіологія, клініка, лікування.
10. Виворіт матки: етіологія, клініка, лікування.

Б. Тести для самоконтролю:

Що таке перегін матки до переду?

- А) Кут між тілом і шийкою матки відкритий до переду.
- Б) Кут між тілом і шийкою матки відкритий дозаду.
- В) Кут між тілом і шийкою матки 180°.

2. Що таке повне випадіння матки?

- А) Матка випадає з піхви повністю.
- Б) Шийка матки знаходиться нижче площини вузької частини порожнини тазу.
- В) Шийка матки знаходиться нижче входу в піхву.
- Г) Дно матки знаходиться нижче входу в піхву.

Атрезія дівочої пліви може виявлятися:

- А. затримкою сечі;
- В. гематокольпосом;
- С. ускладненням дефекації;
- Д. циклічно виникаючими болями внизу живота;
- Е. всі відповіді вірні.

. Можливі причини опущення і випадіння матки?

- А. Травма промежини в родах, неспроможність м'язів тазового дна.
- В. Тривале підвищення внутрішньочеревного тиску при важкій фізичній роботі.
- С. Різке схуднення.
- Д. Атрофія тканин в немолодому віці.
- Е. Все перераховане вище.

Тестові завдання II рівня

Які рентгенологічні ознаки характерні для нормальної порожнини матки?

Правильна трикутна форма.

Загострені трубні кути.

Відсутність дефектів наповнення.

Наявність звуження у ділянці перешийка.

Перерахуйте чинники, які можуть привести до зміни положення матки:

інфільтрат в параметрії;

пухлина яєчника;

рубцово-спайковий процес в малому тазі;
переповнення сечового пузиря.

Які ускладнення можливі при опущенні і випаданні внутрішніх статевих органів?

1. Кишкова непрохідність.
2. Порушення уродинаміки.
3. Виворіт матки.
4. Утворення декубітальної виразки шийки матки.

Випаданню матки супроводить:
опущення і випадіння стінок піхви;
цисто- і ректоцеле;
неспроможність м'язів тазового дна;
елонгація шийки матки.

Чинниками, що привертають до опущення і випадіння внутрішніх статевих органів, є:
травма промежини в родах;
системні захворювання з'єднувальної тканини;
фізичний труд, пов'язаний з підйомом тягарів;
багаторазові лапаротомії.

В. Задачі для самоконтролю:

Клінічна ситуаційна задача III рівня засвоєння.

У жінки 60 років в анамнезі 2 пологів вагою 4500 і 4800, тяжка фізична праця. Скарги на часте сечовипускання, тягучі болі внизу живота, в попереку. При фізичному навантаженні із статевої щілини виходить пухлиноподібне утворення, якові легко вправляється. Звести пальці над промежиною біля піхви неможливо. Діагноз?

- A. Фіброматозний вузол, що народжується
- B. Повне випадіння матки
- C. Кіста гартнерового ходу
- D. Неповне випадіння матки, цистоцеле
- E. Кіста бартолінієвої залози

Клінічна ситуаційна задача IV рівня засвоєння.

Хвора 48 років, звернулась до лікаря із скаргами на неутримання сечі, опущення стінок піхви при кашлі, фізичному навантаженні. В анамнезі одні пологи, які закінчилися накладанням акушерських щипців. При огляді: невідповідність м'язів промежини. Шийка матки опущена до входу в піхву. Опущення передньої і задньої стінок піхви. Тіло матки нормальних розмірів, опущене нижче міжспінальної лінії. Параметрії вільні. Попередній діагноз?

Який метод лікування може бути рекомендований цій хворій?
Об'єм оперативного втручання.

4.1 Перелік навчальних практичних завдань.

1. Оволодіти методикою дослідження гінекологічної хворої, діагностика недостатності м'язів тазового дна.
2. Визначати нормальне та патологічне положення внутрішніх статевих органів.
3. Призначити консервативне лікування при опущенні та випадінні жіночих статевих органів.
4. Призначити лікувальну фізкультуру при ретродевіаціях матки та опущеннях внутрішніх статевих органів.
5. Засвоїти техніку операцій із приводу опущення та випадіння внутрішніх статевих органів.