Государственное учебное образовательное учреждение высшего профессионального образования

“Уральский государственный медицинский университет”

Министерства здравоохранения и социального развития России

Кафедра медицинской биологии

Курсовая работа

“Анатомо-функциональная несостоятельность матки как причина невынашивания беременности”

Выполнила: Олейникова Ж.С.

Проверил: Демченко С.А.

Екатеринбург 2016г.

Введение

В последние годы уделяется большое внимание изучению причин невынашивания беременности в связи с тем, что рождаемость в Российской Федерации снизилась. Этиология и патогенез. Причина возникновения врождённых пороков развития половых органов, в частности матки и влагалища, остаётся недостаточно изученным. В патогенезе развития аномалий матки, влагалища и маточных труб основную роль отводят нарушению слияния парамезонефральных протоков. Одни авторы в генезе данных аномалий развития рассматривают хромосомные и генетические факторы, другие придают значение экологическим факторам (повышенная радиация, высокие температуры, производственная интоксикация, кислородное голодание), наличие инфекционно-токсических заболеваний, перинатальной патологии, наследственных заболеваний. Особое внимание уделяется алкогольной и наркотической зависимости в семье.

Диагностика пороков развития матки и/или влагалища представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера заболевания. Следствием диагностических ошибок становится выполнение необоснованных, порой радикальных хирургических вмешательств у 24-34% пациенток, особенно при пороках развития, сопровождающихся нарушением оттока менструальной крови. Возможно, высокий процент диагностических ошибок объясняется отсутствием единой классификации пороков развития матки и/или влагалища, облегчающей диагностику и выбор тактики ведения больных. Классификации аномалий развития матки и/или влагалища, основанные только на клинических или морфологических признаках, не отражают всех клинико-анатомических особенностей пороков развития и в основном их различия определяются степенью детализации порока развития. В то же время выбор оптимальной тактики ведения пациенток с пороками развития матки и/ или влагалища возможен только при наличии максимально полной и достоверной информации об анатомии порока. Это особенно важно, поскольку от правильного диагноза, выбора метода и доступа корригирующей операции зависит не только здоровье пациентки с пороком развития матки и/или влагалища, но и генеративная, половая, сексуальная функции и качество жизни женщины.

Исходя из этого, в данной работе рассматривается классификация пороков развития матки и/или влагалища, полученная на основании клинического обследования и лечения пациенток с использованием УЗИ, МРТ, КТ, гистероскопии и лапароскопии. Помимо этого представлены малоизученные причины невынашивания беременности, в частности первичная и вторичная анатомо-функциональная несостоятельность матки и функциональная несостоятельность эндокринного гомеостаза. Так же освещается лечение невынашивания беременности при этих патологиях.

В курсовой работе представлен комплексный метод обследования больных с патологиями матки, в частности, лучевые и эндоскопические методы: гистеросальпингография (ГСГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), трёхмерное ультразвуковое сканирование, трёхмерная соногистерография, гистероскопия и др. Дана определённая оценка этих способов обследования для выявления различной формы аномалии развития матки. Более подробно из патологий разбирается врождённая внутриматочная перегородка.

При освещении причин невынашивания беременности, связанных с первичной и вторичной анатомо-функциональной несостоятельностью матки, представлен материал раздельно при этих двух формах патологии, вызывающих невынашивание беременности.

К первичной анатомо-функциональной несостоятельности матки отнесена аномалия развития матки, ко вторичной - кесарево сечение различной модификации, лейомиома матки и истмико-цервикальная недостаточность. Подробно в работе изложены комплексная патогенетическая обоснованная профилактика и лечение невынашивания беременности - отдельно в каждой нозологической группе больных.

Глава 1. Первичная анатомо-функциональная несостоятельность матки

В процессе эмбриогенеза развитие женских половых органов (матки, влагалища, маточных труб) происходит из парамезонефральных (вольфовых) протоков, которые к концу первого месяца внутриутробного развития имеют форму тяжей. В последующем дистальные отделы мезонефральных (мюллеровых) протоков постепенно сближаются и сливаются с образованием перегородки, которая составляет внутренние стенки нижних отделов протоков. После 16-недельного срока внутриутробного развития плода происходит разграничение между маткой и влагалищем, к 20-й неделе завершается разделение на тело и шейку матки.

Из различных аномалий развития матки подробно освещается в данной главе наличие внутриматочной перегородки (возможности диагностики и лечения), однорогую и двурогую матки и внеутробные структурные изменения матки, а также вопросы клиники и лечения этих врождённых пороков развития матки.

Важным признаком является асимметричное развитие матки и (или) влагалища или почек. Асимметричное недоразвитие гениталий рассматривается как фактор риска аплазии почки. С другой стороны, аплазия почки дополнительно указывает возможность недоразвития матки и (или) влагалища.

Необходимо отметить, что одной из причин нарушения менструальной и репродуктивной функций женщин (аменорея, гипоменструальный синдром, бесплодие) является аномалия развития половых органов. С этой патологией связаны невынашивание беременности, осложнения в период гестации и родов вплоть до разрыва неполноценной матки с тяжёлыми последствиями для матери и плода.

1.1 Полная аплазия влагалища и матки

Аплазия влагалища и матки (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера) - порок развития, для которого характерны врождённое отсутствие матки и влагалища (матка обычно имеет вид одного или двух рудиментарных мышечных валиков), нормальная функция яичников, женский фенотип и кариотип (46,ХХ).

Часто встречается сочетание аплазии влагалища и матки с другими врождёнными пороками развития (скелета, органов мочевыделения, ЖКТ и др.).

Основные жалобы: отсутствие менструаций и отсутствие половой жизни.

После продолжительных дискуссий вопрос об этичности, допустимости и целесообразности создания искусственного влагалища при его врождённом отсутствии был решён положительно. Многочисленность способов кольпопоэза, их модификаций свидетельствовала о неудовлетворённости полученными результатами лечения. На протяжении многих лет учёные стремились изыскать способ кольпопоэза, дающий наиболее надёжные и стойкие результаты в отношении функциональной пригодности создаваемого органа и вместе с тем наиболее безопасный для жизни больной.

По этой методике все основные этапы операции (идентификацию и рассечение брюшины, создание купола неовлагалища) производят эндоскопическим доступом.

1.2 Аплазия влагалища при функционирующей матке

Аплазия влагалища может быть полной или частичной при функционирующей нормальной или функционирующей рудиментарной матке. Пороки развития влагалища при функционирующей матке (рудиментарной или нормальной) клинически проявляются в пубертатном возрасте, характеризуются тяжёлым клиническим течением (выраженный болевой синдром при отсутствии менструаций), требуют особого внимания клиницистов, учитывая сложность диагностики и частоту необоснованных хирургических вмешательств, которая достигает 24-65%.

1.2.1 Аплазия влагалища при функционирующей матке

Таким пациенткам хирургическое лечение необходимо предлагать сразу после установления диагноза, учитывая наличие во всех случаях гемато- и/или пиометры, хронического эндометрита и периметрита, гемато- и/или пиосальпинкса, а у пациенток с аплазией части влагалища - гемато- и/или пиокольпоса. При выборе метода хирургической коррекции необходимо исходить из представления об анатомической и функциональной полноценности матки.

1.2.2 Аплазия влагалища при функционирующей нормальной матке

Показания к выполнению вагинопластики традиционным методом или по методу скользящих лоскутов. С целью снижения риска операции, оценки состояния матки, яичников, маточных труб и проведения необходимой коррекции сопутствующей гинекологической патологии вагинопластику проводят с лапароскопическим ассистированием. В связи с ретроградным забросом менструальной крови у таких женщин возрастает вероятность эндометриоза, что требует его подтверждения или исключения во время лапароскопии. Кроме того, у больных с аплазией влагалища и функционирующей нормальной маткой при гематосальпинксе необходимы опорожнение маточной трубы и санация брюшной полости для профилактики трубного бесплодия.

При лапароскопии выявляют матку грушевидной формы, как правило, она увеличена до размеров 5-6 нед беременности. Переднематочное и позадиматочное пространства вытянуты в сторону брюшной полости, степень их выпячивания пропорциональна выраженности гематокольпоса. В брюшной полости во всех случаях определяют геморрагический выпот.

.2.3 Полная аплазия влагалища при функционирующей рудиментарной матке (с аплазией цервикального канала и/или шейки матки)

Выбор метода лечения до настоящего времени представляет определённые сложности, учитывая желание сохранить матку. Выбор доступа зависит от технических возможностей и квалификации хирурга.

При полной аплазии влагалища и функционирующей рудиментарной матке до настоящего времени применяли традиционный комбинированный доступ: проводили чревосечение, экстирпацию функционирующей рудиментарной матки и трёхэтапный кольпопоэз из тазовой брюшины.

При выполнении операции традиционным методом производят поперечное надлобковое чревосечение. Уточняют диагноз (рудиментарная функционирующая матка в виде одного или двух мышечных валиков, функционирующая рудиментарная матка с аплазией шейки матки или функционирующая рудиментарная матка с аплазией цервикального канала). На первом этапе удаляют матку. На втором этапе формируют канал между мочевым пузырём и прямой кишкой, вскрывают тазовую брюшину со стороны брюшной полости, низводят её и подшивают к преддверию влагалища. На третьем этапе формируют купол неовлагалища со стороны брюшной полости.

невынашивание беременность аплазия матка

1.3 Удвоение матки и влагалища

К порокам развития матки и влагалища относят их удвоение, при котором выявляют две матки и два влагалища. Различают два варианта этого порока развития: удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови и удвоение матки и влагалища с частично аплазированным одним влагалищем и нарушением оттока.

При диагностике удвоения матки и влагалища процент врачебных ошибок достаточно высок, что приводит к неоправданным, порой чрезмерно обширным хирургическим вмешательствам. Диагностика сложна.

Например, при удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища у пациенток через 2-3 мес после наступления менархе появляется болевой синдром, причём интенсивность боли увеличивается с каждой менструацией. Обычно врача смущает наличие менструаций.

У беременных с такой аномалией в родах возможны диагностические ошибки в определении тактики ведения родов.

Эндоскопические методы в диагностике пороков развития матки и влагалища В литературе встречаются лишь единичные сообщения об использовании эндоскопических методов (лапароскопии и гистероскопии) при удвоении матки и влагалища. Лапароскопию расценивали как инвазивный метод, чреватый возможными осложнениями и играющий лишь диагностическую роль при дан ной патологии. Поэтому её применяли редко.

Так, Е.А. Богданова и соавт. (1990) при лапароскопии выявили две матки, неизменённые яичники и забрюшинное образование, расположенное ниже и латеральнее матки. Но недостатками эндоскопического метода авторы считали его относительную инвазивность, невозможность выполнения полноценного хирургического вмешательства при данной патологии, необходимость повторной операции (после диагностической лапароскопии).

У обследованных пациенток с диагностической целью выполнены одновременно лапароскопия и гистероскопия. При проведении лапароскопии было обнаружено 3 варианта удвоения матки:

1) Тело матки напоминает неполную форму двурогой матки (разделение на два рога начинается только в верхней трети тела матки), расширено в поперечнике, от каждого рога отходят маточная труба и яичник. У части пациенток отмечено удвоение матки с рудиментарным рогом и отсутствием придатков матки на стороне рудиментарного рога;

) Тело матки напоминает полную форму двурогой матки (разделение на два рога начинается на уровне крестцово-маточных связок таким образом, что оба рога расходятся в противоположные стороны под большим или меньшим углом). Как правило, выявляют два равноценных симметричных рога;

) Во время лапароскопии визуализируют две матки, не связанные между собой, располагающиеся у стенок малого таза.

Проводят гистероскопию каждой удвоенной матки, так как при этой патологии (в отличие от двурогой матки) выявляют две шейки матки. В полости каждой матки находят только одно устье маточной трубы. При хромопертубации оказывается проходимой лишь та маточная труба, которая соответствует канюлированной в данный момент матке.

В некоторых случаях удвоения матки и влагалища одна матка оказывается нефункционирующей, размеры её меньше, выявляется агенезия цервикального канала при выраженно недоразвитой шейке матки. У таких пациенток может быть первичное бесплодие, если при половом акте семяизвержение происходит во влагалище, соответствующее нефункционирующей матке.

В редких случаях сочетания удвоения матки и влагалища при первичном бесплодии выявляли отсутствие придатков матки с одной стороны, а семяизвержение происходило во влагалище, соответствовавшее матке с агенезией придатков. Таким образом, окончательный диагноз удвоения матки и влагалища возможен только при одновременном проведении лапароскопии и гистероскопии. В литературе до недавнего времени обсуждали вопрос об объёме операции при удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища (Мюллер, 1970; Мюссе и соавт., 1977). Предложено два вида лечения:

1) Консервативно-хирургическое - иссечение стенки замкнутого влагалища и создание сообщения между ним и функционирующим влагалищем.

) Радикальное хирургическое - чревосечение, экстирпация матки с замкнутым влагалищем.

Наибольшее предпочтение в настоящее время отдают консервативно-хирургическому лечению. Иссечение стенки рудиментарного влагалища с формированием сообщения между влагалищами выполняют, как правило, одномоментно.

Таким образом, объём хирургического вмешательства при удвоении матки и влагалища зависит от анатомического варианта порока развития.

При удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища хирургическая коррекция заключается в вагинопластике - вскрытии, опорожнении гематометры с максимальным иссечением стенки аплазированного влагалища. Вагинопластику проводят с одновременной лапароскопией, во время которой, помимо уточнения формы порока развития матки, выполняют коррекцию сопутствующей гинекологической патологии, что обеспечивает снижение вероятности осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдалённые сроки после операции.

При удвоении матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови и наличии сопутствующей гинекологической патологии необходимы одно временное проведение лапароскопии и гистероскопии, коррекция сопутствующей гинекологической патологии, ставшей причиной невынашивания беременности, первичного или вторичного бесплодия.

При полной влагалищной перегородке у женщин с первичным бесплодием необходимо иссечение влагалищной перегородки для исключения возможной причины бесплодия, поскольку одна из маток может быть с агенезией цервикального канала и нефункционирующим эндометрием.

Отдалённые результаты лечения пациенток с удвоением матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови, показывают, что после одновременного проведения лапароскопии и гистероскопии с коррекцией сопутствую щей гинекологической патологии и рассечением влагалищной перегородки восстановление репродуктивной функции происходит в 90,6% случаев.

1.4 Однорогая матка

Данный порок развития происходит при формировании только одного парамезонефрического протока, при этом второй проток не развился или развился недостаточно. Авторы классической монографии (Л.В.Адамян, В.И.Кулаков, А.З.Хашукаева) считают, что в эмбриологическом смысле однорогая матка - это половинчатая часть нормальной матки, которая может встречаться в четырех вариантах:

1) однорогая матка с рудиментарным рогом, сообщающимся с полостью основного рога;

) однорогая матка с рудиментарным рогом, не сообщающимся с полостью основного рога.

В обоих вариантах эндометрий рудиментарного рога может быть функционирующим или нефункционирующим.

3) однорогая матка с рудиментарным рогом, не имеющим полости;

) однорогая матка без рудиментарного рога.

Кроме того, они полагают, что особенностью однорогой матки является отсутствие ее дна в анатомическом понимании.

Истинная однорогая матка - редкий порок развития, который часто сочетается с аномалиями развития мочеполовой системы, является предрасполагающим фактором бесплодия или осложнениями течения беременности. По данным H.Jones et al. (1994), эта патология встречается в 1-2% случаев среди пороков развития матки и влагалища, а согласно наблюдениям Л.В.Адамяна и соавт. (1998), - в 4,8%.

Клинические проявления однорогой матки зависят от варианта развития этого порока (с началом менархе либо в более позднем возрасте). При функционирующем эндометрии и замкнутом рудиментарном роге проявляются ранние характерные симптомы - боли спастического характера (чаще односторонние), появление опухолевидного образования рядом с маткой, нередко бесплодие. Частыми проявлениями являются самопроизвольные выкидыши, невынашивание беременности. N.Burthram (1983) объясняет это недостаточным развитием основного рога (слабая стенка матки, особенно ее дна) и отсутствием условий для полноценного развития плода.

Л.В.Адамян и соавт. (1998) считают отличительной особенностью у пациенток с однорогой маткой болезненные (85,4%) и обильные (17,1%) менструации с последующими скудными кровянистыми выделениями в течение 10 дней (29,3%).

Одной из важных и ответственных проблем больных с однорогой маткой является возможность возникновения эктопической беременности в рудиментарном роге, как сообщающемся с полостью матки, так и в замкнутом роге. Описываются различные исходы беременности у этих пациенток - невынашивание беременности, срочные роды, разрыв рудиментарного рога с тяжелыми осложнениями для матери и плода. Подобный исход беременности при однорогой матке представлен в работе ниже.

Однорогая матка представляет собой округлое, несколько суживающееся к верхнему концу (дну) образование, повёрнутое, как правило, в одноимённую сторону и непосредственно переходящее в маточную трубу. Отличительная особенность однорогой матки - отсутствие её дна как анатомического образования.

Несмотря на ярко выраженную клиническую картину и применение специальных методов исследования (ГСГ, УЗИ), уточнить диагноз однорогой матки с высокой степенью точности не представляется возможным. В настоящее время для уточнения характера порока развития матки необходимо одновременное проведение лапароскопии и гистероскопии, позволяющее радикально решить проблемы, связанные с рудиментарным рогом, оценить со стояние маточных труб, выявить эндометриоидные гетеротопии.

Хирургическое лечение рекомендуют проводить с использованием эндоскопического доступа путем специальной модификации - отсечения рога, при этом обязательно иссекают эндометрий рудиментарного рога с целью профилактики имплантации оплодотворённой яйцеклетки именно в этом месте.

Наступление беременности рекомендуется через 2-3 мес. после операции. Учитывая отсутствие рубца на матке после иссечения рудиментарного рога, родоразрешение проводится через естественные родовые пути.

.5 Двурогая матка

Она представляет собой расщепление матки на две части или на два рога в нижней её части с единой шейкой. При выраженном расщеплении матка напоминает две однорогие матки. При слабовыраженном расщеплении происходит полное слияние рогов матки за исключением ее дна с образованием седловидной матки (uterus arcuatus). Отличительная особенность двурогой матки во всех случаях - наличие только одной шейки матки.

В ряде случаев клинические проявления отсутствуют и аномалии развития матки выявляется случайно при обследовании больных по поводу другой патологии. Патогенез данной патологии аналогичен таковому при других врожденных пороках развития половых органов. В анамнезе у этих пациенток часто отмечаются детские инфекции (37,8%), а также соматические заболевания и пороки развития (врожденные пороки сердца, кожные заболевания, сколиоз, гипоплазия молочных желез и др.).

Однако у пациенток с двурогой маткой экстрагенитальные заболевания встречаются реже, чем при других пороках развития матки. Общий статус больных - без особенностей. Менструальная функция обычно не нарушена, только у 25,7% пациенток выявлены обильные болезненные менструации.

В то же время двурогая матка является причиной бесплодия, в 20-68% случаев - самопроизвольных выкидышей на разных сроках беременности, чаще во втором и третьем триместрах (44,9%), истмико-цервикальная недостаточность (20-88%), тазового предлежания плода, аномалий родовой деятельности и необходимости кесарева сечения.

Причинами нарушений генеративной функции большинство авторов считают анатомо-физиологическую неполноценность стенки матки, наличие аномалий сосудистой системы и иннервации, повышенную возбудимость миометрия, вследствие чего при беременности нет адекватных условий для имплантации плодного яйца, что приводит к патологическому развитию эмбриона и его гибели.

Описаны случаи разрыва рогов матки во втором триместре беременности, плотное прикрепление плаценты и др.

В то же время определенная часть женщин с двурогой маткой не имеет проблем с зачатием и деторождением. Единичные наблюдения подтверждают это, когда после нормальных родов выявлялась двурогая матка.

Диагностика двурогой матки зачастую затруднительна и возможна лишь при применении дополнительных методов исследования. Для диагностики двурогой матки рекомендуется одновременное проведение гистеро- и лапароскопии. Параллельное использование двух эндоскопических методов необходимо в связи с тем, что гистероскопическая картина двурогой матки и внутренней перегородки матки идентичны.

При лапароскопии выделяют следующие варианты двурогой матки:

) седловидная. Матка несколько расширена в поперечнике, её дно имеет небольшое втяжение (углубление), расщепление на два рога выражено незначительно, т.е. отмечают почти полное слияние маточных рогов, за исключением дна матки;

) неполная. Разделение на два рога наблюдают только в верхней трети тела матки. Как правило, размер и форма маточных рогов бывают одинаковыми;

) полная. Наиболее редкий вариант порока развития. Разделение матки на два рога начинается практически на уровне крестцово-маточных связок таким образом, что оба рога расходятся в противоположные стороны под большим или меньшим углом, его величина зависит от степени выраженности данного порока.

При гистероскопии выделяют те же варианты двурогой матки:

1) седловидная. Видны оба устья маточных труб, дно как бы выступает в полость матки в виде гребня;

) неполная. Один цервикальный канал, ближе ко дну матки - две гемиполости, в каждой из них - одно устье маточной трубы. Разделение на две гемиполости начинается в том месте, где лапароскопически определяют разделение на два рога. Следовательно, при выполнении только гистероскопии эта форма порока развития матки может быть расценена как неполная форма внутриматочной перегородки;

) полная. От внутреннего зева начинаются две отдельные гемиполости, каждая из которых имеет только одно устье маточной трубы. Во всех случаях двурогой матки тело матки в нижних отделах едино, шейка матки одна.

Хирургической коррекции подлежат больные с выраженными нарушениями репродуктивной функции после исключения других причин бесплодия, самопроизвольных абортов и невынашивания беременности.

При седловидной и неполной формах двурогой матки после уточнения диагноза и наступившей в последующем беременности тщательный контроль и госпитализация в критические сроки беременности способствуют вынашиванию беременности. Полная форма двурогой матки подлежит реконструктивно-пластической операции для создания условий, облегчающих не только имплантацию плодного яйца, но и вынашивание беременности. Однако следует учитывать, что после метропластики остаётся высокий риск разрыва матки во время беременности или развития вторичного бесплодия, обусловленного спаечным процессом.

При проведении корригирующей операции при двурогой матке операцией выбора служит метропластика по Штрассманну с использованием СО2-лазера и ФК.

.6 Седловидная матка

Она является одним из вариантов двурогой матки. В период эмбриогенеза двурогая матка приобретает седловидную форму.

Для седловидной матки в анамнезе характерными являются: выкидыши, недонашивание беременности, неправильное положение плода и частое родоразрешение беременных путем операции кесарева сечения.

.7 Внутриматочная перегородка

Она относится к пороку развития матки, при которой полость матки из-за отсутствия слияния дистальных отделов мюллеровых протоков разделяется на две половины (гемиполости) продольной перегородкой, простирающейся на различную глубину. Считают, что перегородка в матке образуется в 11-12- недельном сроке эмбриогенеза. При этом слияние парамезонефрических протоков приводит к образованию двух маточно-влагалищных полостей, разделенных саггитальной срединной перегородкой, которая в дальнейшем исчезает и матка становится однополостной. Исчезновение перегородки одни связывают с атеросклеротическими процессами и прекращением в ней кровообращения; другие - ретракцией маточной мускулатуры, при которой перегородка втягивается в дно матки. При отсутствии или недостаточной резорбции образуется полная (до наружного или внутреннего зева) или неполная внутриматочная перегородка, поэтому ее длина может быть различной, а толщина тонкой или перегородка бывает на широком основании.

Частота этой патологии составляет до 48% к общему числу аномалий развития матки. По данным Л.В.Адамяна и соавт. (1998), из 855 обследованных пациенток с различными пороками развития матки и влагалища внутриматочная перегородка выявлена у 139 (16,3%), а среди больных с пороками развития матки - у 54.7%. Средний возраст пациенток старше 30 лет, а среди больных с другими пороками развития 18-42 года.

У больных с внутриматочной перегородкой отмечают выраженные нарушения репродуктивной функции, проявляющиеся самопроизвольными абортами и невынашиванием беременности (что связано с нидацией плодного яйца в область перегородки, где отсутствуют условия для дальнейшего развития), преждевременными родами с антенатальной гибелью плода и бесплодием (первичным или вторичным). Дополнительно - запоздалое менархе, альгоменорея, гиперменорея первые 2-3 дня, а затем опять болезненные и длительные кровянистые выделения. Кроме того, у этих больных часто отмечалась экстрагенитальная патология, в анамнезе - частые детские инфекционные болезни.

Все вышеперечисленные осложнения обуславливают развитие эндометритов, образование синехий, хронических воспалительных процессов маточных труб. Это позволяет отнести больных с внутриматочной перегородкой, даже после хирургической коррекции к группе пациенток с первично-анатомической и функциональной несостоятельностью матки.

Точная диагностика внутриматочной перегородки сложна и возможна лишь при объединении современных диагностических методов, когда полученные результаты интерпретируют в контексте клинической ситуации. Окончательная диагностика внутриматочной перегородки возможна при проведении лапароскопии, а для определения объёма полости матки и степени выраженности внутриматочной перегородки показана гистероскопия. Проведение параллельно двух эндоскопических методов (лапароскопии и гистероскопии) необходимо в связи с тем, что гистероскопическая картина при двурогой матке и внутриматочной перегородке идентична.

У больных с внутриматочной перегородкой лапарскопическая картина имеет следующие варианты:

1) матка может быть расширена в поперечнике;

) выявление белесоватой полоски, проходящей в сагиттальном направлении;

) не большое втяжение в области белесоватой полоски;

) одна половина матки бывает больше другой.

При проведении гистероскопии внутриматочная перегородка определяется в виде полоски ткани треугольной формы, различной толщины и длины, разделяющей полость матки на две гемиполости, причём в каждой из них выявляют только одно устье маточной трубы. Выполнение гистероскопии под прямым визуальным контролем порой затруднительно, поскольку вход во вторую гемиполость может открываться под углом. Только вы явление двух трубных углов помогает избежать диагностических ошибок. Особое внимание обращают на величину и форму полости матки, рельеф её стенок, состояние эндометрия (окраска, толщина, складчатость, сосудистый рисунок), доступность и состояние маточных труб. Осматривают область дна матки, трубные углы, боковые стенки матки, истмический отдел и цервикальный канал. Полость матки осматривают по часовой стрелке. Выявляют следующие варианты внутриматочной перегородки:

1) полная. До внутреннего или наружного зева, с образованием двух гемиполостей или двух цервикальных каналов в матке;

) неполная. Длиной 1-4 см;

) тонкая;

) толстая;

) на широком основании (в виде треугольника);

) одна гемиполость длиннее другой.

Таким образом, только одновременно и обязательно проводимые лапароскопия и гистероскопия дают возможность в 100% случаев поставить точный диагноз внутриматочной перегородки и оценить состояние маточных труб, яичников и париетальной брюшины.

При гистологическом исследовании эндометрия обнаружены недостаточность лютеиновой фазы - НЛФ (29,1%), ановуляция, причем в 10,3% случаев центрального генеза. у 50% пациенток выявлены воспалительные процессы в придатках матки, непроходимость маточных труб - у 25,3%, миома матки - у 25,1%, наружный генитальный эндометриоз - у 19,4%, поликистоз яичников (ПКЯ) - у 10,1% больных.

Вопрос о хирургической коррекции порока развития матки решают после комплексного обследования и исключения других возможных причин нарушения репродуктивной функции.

При выявлении внутриматочной перегородки пациентке необходимо сразу предлагать метропластику с одновременной коррекцией сопутствующей гинекологической патологии, так как повторяющиеся самопроизвольные аборты приводят к хроническим воспалительным заболеваниям, также становящимся причиной бесплодия.

При выборе корригирующей операции следует отдавать предпочтение методикам, сохраняющим мышечный слой матки, что улучшает функциональные возможности органа, увеличивает вероятность вынашивания беременности и способствует сохранению полноценной сократительной способности миометрия при завершении родов через естественные родовые пути. Пациенткам предлагают гистерорезектоскопию. Это операция выбора при внутриматочной перегородке. Эта методика малотравматична, даёт меньше осложнений, исключает в дальнейшем необходимость кесарева сечения и приводит к анатомическому результату, сходному с таковым при абдоминальной метропластике. Операция может быть выполнена в амбулаторных условиях, технически проста и экономична.

Глава 2. Вторичная анатомо-функциональная несостоятельность матки

2.1 Анатомическая и функциональная несостоятельность шейки матки как причина невынашивания беременности. Анатомическая ИЦН

Шейка матки, как и тело, образуется из мюллеровых протоков. В процессе эмбриогенеза матка двурогая и к моменту рождения сохраняет седловидную форму.

Миометрий имеет 4 слоя:

1) подсерозный мышечный слой выражен слабо, тесно связан с брюшиной, имеет продольное направление волокон;

) надсосудистый мышечный слой выражен хорошо в области тела и дна матки, в нём преобладает поперечное направление волокон;

) сосудистый мышечный слой составляет основу миометрия, насквозь пронизан сосудами, в нём сохраняются признаки двурогости, направление волокон приближается к циркулярному;

) внутренний мышечный слой расположен под слизистой оболочкой, выражен слабо, имеет продольное направление волокон.

Во всех слоях миометрия мышечные волокна преобладают над соединительными. В шейке матки мышечные волокна имеют хаотическое направление, а удельный вес их небольшой. Основу шейки составляет волокнистая соединительная ткань. На верхней границе гистологического внутреннего зева количество волокнистой соединительной ткань уменьшается, а количество мышечных волокон возрастает, выполняя роль своеобразного сфинктера. Шейка матки вместе с её телом представляет единое функциональное образование. Но стрение и функция шейки матки в норме имеют признаки автономности. В этой части органа выделяют следующие отделы:

1) стенка, или строма, которая состоит в основном из соединительной ткани;

) цервикальный канал веретенообразной формы, выстланный призматическим (цилиндрическим) эпителием.

На консистенцию и количество слизи в шейке матки оказывает влияние прогистерон, в следствие чего может возрастать вязкость и непроходимость пор. Эта часть органа вместе с влагалищем являются первой линией противоинфекционной защиты. Они предупреждают и ограничивают размножение микроорганизмов, препятствуют их попаданию в верхние отделы полового тракта.

Факторы местного иммунитета подразделяют на:

1) клеточные - представлены скоплениями лимфоцитов, плазматических клеток, тканевых макрофагов, нейрофилов;

) гуморальные - иммуноглобулины, комплемент, лизоцим, лактоферрин, бета-лизин, интерфероны, гаммаглобулины и др.

Шейка матки является местом наибольшей иммунологической активности и, тем самым, пограничным органом между стерильной полостью матки и бактериально обсеменённым влагалищем.

Количественный и качественный составу микрофлоры влагалища и шейки матки меняется в зависимости от уровня гормонального баланса, иммунологического статуса организма, кровоснабжения половых органов на фоне беременности. Условно-патогенные микроорганизмы, обладая низкой вирулентностью, могут вызвать развитие инфекционного процесса при массивном накоплении в очаге инфекции. Массивно обсеменённый очаг в цервикальном канале вызывает внутриутробную инфекцию более чем у 60% плодов. У беременных с хронической персистирующей инфекцией выявлены изменения иммунного статуса, существенное снижение интерферронсинтезирующей функции лейкоцитов, различные метаболические нарушения, ведущие к дисбалансу иммунокомпетентных клеток.

В большинстве случаев инфекция реализуется путём восходящего распространения наружной урогенитальной инфекции, что может произойти при любых видах инициирующих агентов. Одним из предрасполагающих факторов развития ВУИ восходящим путём является нарушение анатомо-физиологических свойств шейки матки.

Истмико-цервиальная недостаточность является основной причиной невынашивания во втором триместре беременности. При этой патологии выявлена недостаточность циркулярной мускулатуры области внутреннего зева. Различают анатомическую и функциональную ИЦН.

Наиболее частыми причинами анатомической ИЦН являются предшествующие внутриматочные вмешательства с механической дилатацией цервикального канала и разрывы шейки матки II-III степени, при этом ИЦН формируется вследствие появления рубцовой ткани.

Прерывание беременности при анатомической ИЦН, вероятно, обусловлено несколькими механизмами:

1) постепенное укорочение влагалищной части шейки матки и зияние цервикального канала способствуют восходящему распространению влагалищной флоры на плодные оболочки, что приводит к их инфицированию и нарушению пластических свойств;

) плодное яйцо, не имеющее физиологической опоры, опускается в каудальном направлении, плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки и вскрываются. Присоединяется сократительная деятельность миометрия, происходит изгнание плодного яйца.

Диагностика состояния внутреннего зева шейки матки при ИЦН целесообразна во второй фазе менструального цикла, посредством проведения УЗ исследования.

При грубых посттравматических изменениях шейки матки, являющихся единственной причиной невынашивания беременности, показана пластическая операция на шейке матки по лоскутному методу.

В случае повторной беременности родоразрешение производят путём кесарева сечения.

2.2 Анатомическая и функциональная несостоятельность матки у беременных с миомой

Процент сочетания беременности и миомы матки растёт, из-за того что присутствует, так называемый, феномен “постарения” беременных

Беременные с миомой матки в возрасте до 20 лет составляют 0,7%, до 25 лет - 1,7%, от 25 до 30 - 12,4-30%. Большинство женщин с миомой матки старше 30 лет и составляют почти 45% первородящих.

Большие и гигантские миомы и узлы чаще всего развиваются параллельно. Чем больше размеры узлов и суммарная масса миомы, тем выше риск наступления тяжёлых осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде. Высока вероятность потери органа, необходимость кесарева сечения.

Факторы риска осложнений:

1) возраст старше 35 лет;

) высокий инфекционный индекс;

) аборты в анамнезе;

) воспалительные заболевания женских половых органов;

) экстрагенитальная патология;

) величина миомы и её локализация.

При возрасте старше 35 лет наблюдается сочетание всех этих факторов.

Возможные осложнения:

1) угроза прерывания беременности в различные сроки;

) гестоз;

) фетоплацентарная недостаточность, которая может стать причиной внутриутробной гипоксии плода, задержки его развития и нарушения адаптации новорождённого;

) воспалительные процессы в органах малого таза и экстрагенитальная патология;

) преждевременные роды.

Диагностика состояния плода проводится за счет методов эхографии, допплерографии, кардиотокографии, а также многих других показателей.

Корреляционные связи с показателями гормонов, КТГ выявили, что для благоприятного состояния фетоплацентарного комплекса имеют значение увеличение интенсивности опухолевого кровотока.

Кровоток в маточно-плацентарных артериях не отличался показателями сосудистого сопротивления от групп контроля, но характеризовался более высокими скоростями на определённых стадиях беременности. В зависимости от величины узлов выявлен более высокоскоростной кровоток в маточно-плацентарных артериях при “большой” миоме. А при “малой” миоме показатели кровотока были выше, чем при больших размерах опухоли. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что возможно истощение адаптационных механизмов.

Однако, что касается кровотока в артерии пуповины, он был у беременных с большими размерами опухоли выше, чем у пациенток с “малыми” миомами.

Комплексная профилактика и лечение плацентарной недостаточности позволили получить благоприятные исходы беременности и родов для матери и плода и снизить частоту оперативного родоразрешения (в основном у беременных с узлами, размеры которых достигали 11 см в диаметре).

При морфологическом исследовании плацент у пациенток с миомой матки обнаружены изменения, обусловленные в основном экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности. Лишь при опухолях больших размеров выявлены дистрофические изменения в хориальных ворсинах плаценты. Вместе с тем отмечены компенсаторное увеличение резорбционной поверхности плаценты, синцитиокапиллярных мембран, возрастание количества мелких ворсин и капилляров в плодовой части плаценты, что, вероятно, обеспечивает благоприятный исход беременности. При локализации плаценты над крупными межмышечными миоматозными узлами, особенно при центрипетальном росте опухоли, характерны небольшое уменьшение средней массы плаценты, наличие атрофических изменений и увеличение количества фибриноида в её краевой зоне. В плаценте возможно наличие разнообразных изменений, в том числе воспалительного и дистрофического характера, либо их отсутствие.

Выявлен значительный процент неполной гестационной перестройки эндо- и миометральных сегментов маточно-плацентарных артерий, особенно у женщин с множественной миомой и с “плацентой на узле”.

Расположение плаценты в области миоматозного узла, вызывающее нарушение кровообращения в самой плаценте, может явиться основной причиной её преждевременной отслойки. Это осложнение напрямую связано с размерами узла и часще встречается в родах. Однако, например, врач Логутова Л.С. считает, что миома матки не увеличивает частоту этой патологии.

Появление неправильных положений и предлежаний плода связано с механическим влиянием опухоли, с нарушением тонуса различных отделов матки. Тазовое предлежание у беременных с миомой встречается в 2 раза, а поперечное - в 10 раз чаще, чем у беременных без миомы матки.

При наличии узлов небольших размеров, не препятствующих развитию плода, при отсутствии клинических, ультразвуковых и лабораторных признаков нарушения питания в узле, перекрута ножки, нарушения функции тазовых органов беременность пролонгируют под динамическим контролем с проведением профилактики фетоплацентарной недостаточности и досрочной госпитализацией в отделение патологии беременности для выбора метода и подготовки к родоразрешению.

Выявление нарушения питания узлов в первом и втором триместрах не является показанием для прерывания беременности и удаления беременной матки при условии, если комплексное лечение, направленное на коррекцию маточно-плацентарного кровотока, улучшает кровоток в узлах с последующим благополучным течением беременности. Основными показаниями для оперативного родоразрешения являются большие размеры опухоли, шеечная и субмукозная локализация её, рубец на матке, перенесённый некроз узла во время беременнсти, а также угрожаемое состояние плода и сочетание миомы с акушерскими показаниями, в том числе со стороны плода.

В случае планирования удаления матки после кесарева сечения целесообразна нижнесрединная лапоротомия с корпоральным кесаревым сечением. При планировании удаления субсерозных узлов - разрез поперечный передней брюшной стенки и нижнего сегмента матки.

.3 Многоплодие как причина невынашивания беременности

Многоплодная беременность была и остаётся одной из актуальных проблем акушерства. Течение беременности и роды при многоплодии сопровождаются значительным числом осложнений, повышенным уровнем потерь плодов на всех сроках гестации, а также осложнениями послеродового и постнатального периодов.

В последнее время данный тип беременности стал встречаться чаще, так как присутствует более активное применение технологий вспомогательной репродукции, включая экстракорпоральное оплодотворение.

Итак, многоплодная беременность - беременность, при которой одновременно развивается два или большее число плодов. В следствие чего рождаются близнецы.

Клиника:

1) быстрое увеличение размеров матки;

) несоответствие размеров матки сроку беременности.

Диагностика акушерская:

1) ощущение движения плода в разных местах и прощупывание мелких частей плода в разных отделах живота;

) определение седловидной матки за счёт борозды между плодами;

) определение трёх крупных частей плода или больше;

) наличие в разных местах матки двух пунктов отчётливых сердечных тонов с разницей в частоте на 10 ударов в 1 мин и более, а также зоны молчания между ними.

Диагностика физикальная:

1) УЗ исследование;

) ЭКГ;

) ФКГ;

) фонокардиография плода;

) электрокардиография плода.

При многоплодной беременности к организму женщины предъявляются повышенные требования. Сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. В связи с этим многоплодная беременности протекает тяжелее одноплодной. В связи со смещением диафрагмы увеличенной маткой затрудняется деятельность сердца - возникают одышка, быстрая утомляемость, тахикардия.

Увеличение размеров матки, особенно к концу беременности, ведёт к сдавливанию внутренних органов, что проявляется нарушением функции кишечника, учащённым мочеиспусканием, изжогой. Гораздо чаще отмечается гестоз, который отличается более ранним началом, затяжным и более тяжёлым клиническим течением, нередко сочетается с острым пиелонефритом беременных.

Помимо этого часто встречается преждевременное прерывание беременности.

Другие осложнения:

1) ИЦН;

) предлежание и преждевременная отслойка плаценты;

) аномалии положения и предлежания плода;

) анемия;

) плацентарная недостаточность;

) задержка внутриутробного развития;

) диссоциированное развитие плода;

) врождённые пороки развития плода.

Сразу после установления диагноза беременная должна находиться под тщательным наблюдением врача женской консультации.

Термины

Адаптационный механизм - это заложенная в генетической программе живого существа реакция на изменения, происходящие в окружающей среде, которая позволяет приспособиться популяции живых организмом к изменениям в среде обитания.

Агенезия - врожденная патология, при которой у ребенка полностью отсутствует одна или две почки.

Альгоменорея - особое расстройство менструального процесса, проявление которого выражается болезненной степенью протекания менструации.

Аменорея - отсутствие менструаций в течение нескольких менструальных циклов.

Ановуляция - патологическое состояние организма женщины детородного возраста, когда функция яичников недостаточна, они не выбрасывают созревшую яйцеклетку из фолликула.

Вирулентность - это степень патогенности конкретного микроорганизма, т.е. это индивидуальный признак.

Гестация - та же самая беременность, только ее срок определяется количеством полных недель вынашивания, которые прошли с даты первого дня последней менструации до того момента, когда была перерезана пуповина новорожденного.

Гестоз - осложнение беременности, при котором ухудшается работа почек, сосудов и головного мозга.

Гиперотопия - атипичная локализация тканей или частей органов, иначе говоря наличность их на необычном для них месте.

Гипоменструальный синдром - это нарушение менструального цикла, характеризующееся урежением и укорочением менструации, уменьшением количества теряемой крови.

Гистеросальпингография - метод диагностики проходимости маточных труб, при котором в полость матки вводится контрастное вещество.

Гистероскопия - обследование, во время которого врач, через влагалище женщины, вводит в полость матки небольшую видеокамеру, которая позволяет ему осмотреть внутреннюю поверхность матки и шейки матки и, при необходимости, осуществить небольшие операции без разрезов и швов.

Допплерография - способ изучения кровотока в крупных и средних сосудах человека, основанный на применении эффекта Допплера.

Истмико-цервикальная недостаточность - преждевременное патологическое раскрытие шейки и перешейка матки под воздействием повышенного внутриматочного давления.

Кольпопоэз - пластическая операция: образование искусственного влагалища, например, из брюшины.

Контрастирование - способ повысить надёжность МРТ диагностики. Контрастирующее вещество вводят внутривенно, расчитывая его количество на массу тела (вес пациента). Из крови контрастирующее вещество переходит в изменённые болезнью ткани, делая их яркими на картинках.

Корригирующий - улучшающий, исправляющий.

Лапароскопия - минимальное инвазивное хирургическое вмешательство, используемое как с диагностической целью, так и с целью лечения обнаруженного заболевания.

Лигатура - нить <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B8%D1%82%D1%8C>, используемая при перевязке кровеносных сосудов <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B9\_%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4>, а также сам процесс перевязки этими нитями с целью предупреждения или остановления кровотечения и для наложения лигатурного шва.

Мезонефральные протоки - проток первичной почки - парный канал, образующийся к концу первого месяца внутриутробного развития из промежуточной мезодермы, соединяющий каналы мезонефроса с клоакой.

Менархе - первое менструальное кровотечение.

Мюллеров проток - парный канал со сросшейся дистальной частью, образующийся в конце второго месяца внутриутробного развития из желобков целомического эпителия <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B9>, параллельных мезонефрическому протоку.

Нидацией - имплантация оплодотворенной яйцеклетки в матку.

Нозоологическая группа больных - группа пациентов, имеющих заболевание, которое выделяют как самостоятельную болезненную форму на основе установленной причины, особенностей развития, типичных внешних проявлений и характерного поражения органов и тканей.

Персистирующая инфекция -

Реституция - полная регенерация.

Ретракция - уменьшение объема клетки, ткани или другого морфологического.

Синехий - сращения органов и тканей между собой, появление между ними соединительнотканных перемычек.

Синцитиокапиллярные мембраны - плацентарный барьер.

Соногистерография - вагинальное/внутривлагалищное ультразвуковое исследование полости матки и яйцеводов с контрастированием, позволяющее рассмотреть полость матки изнутри и диагностировать проходимость яйцеводов (маточных труб).

Субституция - неполная регенерация.

Парамезонефрические протоки - трубочка, тянущаяся вдоль первичной почки почти параллельно мезонефральному протоку.

Целомический эпителий - мезодермального происхождения, как правило, однослойный плоский или призматический, выполняет разграничительную, барьерную, секреторную и другие функции.

Цервикальный канал - канал шейки матки, соединяющий полость матки и влагалище. Имеет веретеновидную форму, наружный и внутренний зевы.

Хромопертубация - проверка проходимости маточных труб.

Эктопическая беременность - внематочая беременность. Беременность, при которой плод развивается вне матки - в маточной трубе, канале шейки матки, тазовой или брюшной полостях.

Список использованной литературы

Гилязутдинова З.Ш., Тухватуллина Л.М. Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы: Практическое руководство для врачей. 2-е изд., исправл. и доп. - Казань: Медлитература, 2008. - С.8-92 ;

И. С. Сидорова , И. О. Макаров. - М.: ООО “Медицинское информированное агенство”. - 2006. - С.8-24 <http://www.dissers.ru/1/6496-1-glava-endoskopicheskie-metodi-diagnostike-korrekcii-porokov-razvitiya-matki-vlagalischa-vrozhdennie-porok.php> ;

Под редакцией д.м.н., профессора И.Е. Зазерской Акушерство: учебно-методическое пособие для занятий с применением симуляционных методик для клинических ординаторов первого года обучения / Л. В. Кузнецова, Н. А. Осипова, Н. Р. Рябоконь [и др.]; ред. И. Е. Зазерская. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2014. - С.16-26, С.132-152.