Міністерство охорони здоров’я України

Запорізький державний медичний університет

Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії і топографічної анатомії

Доповідь:

на тему: «Аномалії розвитку жіночої та чоловічої статевих систем»

Виконала студентка

II-мед. факультету

1 к. 28 гр.

Довгаш Ольга Вадимівна

Запоріжжя,2018

Вроджені вади розвитку, або аномалії (anomalos - ненормальність), названі так тому, що відбуваються у внутрішньоутробному житті плода. Вони можуть мати місце у всіх органах і системах людського організму. Більшість з них легко виявляється вже при народженні дитини, вимагає своєчасного і систематичного не тільки медичного, а й батьківського догляду. У зв'язку з цим всі батьки повинні бути інформовані про можливості розвитку різних форм таких каліцтв.

Насіннєві бульбашки. Ізольована вада розвитку одного з насіннєвих пухирців зустрічається дуже рідко. Може мати місце злиття обох насінних бульбашок в один. Інший вид пороку - недорозвинений, т. Е. Малий, насіннєвий пухирець, нерідко супроводжується недорозвиненням або навіть відсутністю яєчок у мошонці, про що ми будемо говорити далі.

Зазвичай такі хворі мають жінкоподібний вигляд і ненормально малі інші статеві органи: передміхурову залозу і статевий член.

Значно рідше буває подвоєння насіннєвого бульбашки, кожна з половин якого має свій вивідний проток. Інші аномалії розвитку насіннєвого бульбашки полягають в ненормальному будові його (звуження, різка звивистість і т. Д.) Або неправильному розташуванні, що створює перешкоду для нормального спорожнення сім'яних пухирців, а це, у свою чергу, може призвести до постійних болів в області крижів, промежини, значно посилюється до моменту сім'явипорскування.

Зрештою розвивається хронічний везикуліт - запалення одного насіннєвого бульбашки або обох, що часом закінчується безпліддям.

На щастя, вади розвитку насінних бульбашок виникають дуже рідко і при односторонньому ураженні не викликають важких наслідків.

Передміхурова залоза. Серед аномалій цього органу найбільш часто зустрічається недорозвинення передміхурової залози, що зазвичай поєднується з недорозвиненням статевого члена, яєчок і насінних бульбашок. Якщо при цьому порушені обидві частки передміхурової залози, то чоловік може мати жінкоподібну зовнішність. Дуже рідко спостерігається повна відсутність передміхурової залози від народження.

Дана аномалія проявляється порушеннями сечовипускання і функції статевих органів. Може спостерігатися нічне нетримання сечі (рідше і денний), ослаблення ерекції, значне зменшення кількості насіння, що вивергається під час статевого акту.

При появі вищеперелічених розладів хворий повинен звернутися до лікаря-уролога. При урологічному обстеженні вади розвитку передміхурової залози легко діагностуються, і своєчасно розпочате лікування гормонами, стимулюючими розвиток цього органу (пролан, простатокрін та ін.), Істотно покращує стан хворого.

Сечівник. Найбільш частою формою вродженої вади розвитку сечівника є повне або часткове розщеплення задньої його стінки - гіпоспадія, яка зустрічається у одного з 100-200 новонароджених хлопчиків. Гипоспадия розпізнається дуже легко. Уже при першому огляді дитини лікар виявляє дану аномалію, що дозволяє йому дати відповідні поради батькам щодо догляду та вирішити питання про терміни оперативного лікування.

При огляді за рівнем розташування зовнішнього отвору сечовипускального каналу вдається визначити різні форми гіпоспадії. Залежно від цього рівня лікарі розрізняють: гипоспадию головки (зовнішнє отвір сечівника відкривається не на верхівці, а на задній поверхні головки статевого члена); гипоспадию статевого члена (зовнішній отвір каналу відкривається на різних рівнях задньої поверхні тіла статевого члена); гипоспадию мошоночную (зовнішній отвір відкривається на шкірі мошонки); гипоспадию промежностную (зовнішній отвір уретри відкривається на промежини).

Зазначені форми аномалії, крім гіпоспадії головки, поєднуються з різким викривленням статевого члена кзади за рахунок рубцевого тяжа на місці відсутньої частини сечівника і звуженням зовнішнього отвору сечовипускального каналу.

Хворі гипоспадией пред'являють скарги на незвичайне розташування зовнішнього отвору сечовипускального каналу, викривлення статевого члена, ненормальне напрям або розбризкування струменя сечі (іноді сеча виділяється віялоподібно). Старші діти змушені мочитися сидячи навпочіпки.

Якщо гіпоспадія не була своєчасно ліквідована шляхом операції, хворі, ставши дорослими, пред'являють лікаря скарги на болі при ерекції і статевих зносинах, а часом навіть на неможливість статевого акту у зв'язку з викривленням статевого члена.

При локалізації зовнішнього отвору сечовипускального каналу на статевому члені в його середній частині або ближче до мошонки хворі часто звертаються до лікаря у зв'язку з відсутністю дітей, що викликано виверженням сімені поза піхви жінки. Сечовипускання хоча і відбувається незвично (сеча виділяється під кутом до статевого члена, з розбризкуванням), довгий час не викликає занепокоєнь хворого. Крім того, багато з них соромляться звертатися до лікаря з цього приводу, приховуючи свій порок.

Ось чому батьки повинні при найменшій підозрі на дану аномалію звертатися до фахівців і не відкладати терміни операції, якщо її пропонують лікарі. Гипоспадия виліковна тільки оперативним шляхом. Характер захворювання зазвичай вимагає виконання операції в кілька етапів. Найчастіше спочатку виконується випрямлення статевого члена, а потім через деякий час виробляють пластичну операцію по створенню відсутньої частини сечівника. Перший етап операції проводять у віці 1-2 років, оскільки викривлення статевого члена заважає його нормальному розвитку. Операцію пластики сечівника намагаються виконати у віці 6-8 років, коли ще немає ерекцій, які можуть призвести до розбіжності країв рани і до рецидиву захворювання.

Звичайно, це не означає, що операції з приводу гіпоспадії виконуються тільки в дитячому віці, вони успішно виробляються і дорослим.

формах гіпоспадії, що не супроводжуються викривленням статевого члена, єдине показання до операції - звуження зовнішнього отвору сечовипускального каналу. У новонароджених останнє має точкові розміри, сеча виділяється тонкою, ниткоподібної струменем. Таких дітей оперують у перші місяці життя. У цьому віці операція проста і нетривала. Зволікання з операцією може призвести до тяжких ускладнень у вигляді розширення сечового міхура, сечоводів і мисок нирок, розвитку в них хронічного запального процесу.

Якщо операція зроблена вчасно і пройшла вдало, т. е. досягнуто достатнього розширення зовнішнього отвору сечовипускального каналу, то тим самим у хлопчика усувається перешкода не тільки для сечовипускання, але і коли він стає чоловіком, для нормального виверження насіння в піхву жінки під час статевого акту.

Порівняно нерідко гіпоспадія поєднується з аномалією розвитку яєчок - крипторхізм, при якому яєчка в мошонці відсутні. Таке поєднання вад розвитку сечових і статевих органів може утруднити визначення статі у новонародженого. При мошонковій і промежинній формах гіпоспадії ущелина мошонки з отвором сечівника в глибині її виглядає як вхід у піхву, обидві половини «розщепленої» мошонки, що не містять в собі яєчок, імітують статеві губи жінки, а недорозвинений статевий член подібний клітора. Це стан нагадує помилковий чоловічий гермафродізму, т. Е. Наявність у чоловіка зовнішніх статевих органів жінки (до істинного гермафродізму відносять тільки випадки поєднання у людини основних статевих залоз чоловіки і жінки - яєчок і яєчників). Іноді новонароджених хлопчиків з такими тяжкими формами гіпоспадії у поєднанні з крипторхізм помилково приймають за дівчаток.

При виникненні у батьків найменших сумнівів в статевій приналежності дитини необхідно термінове звернення до лікаря. В даний час в медицині існують способи достовірного визначення статі і методи оперативного лікування, що призводять зовнішні статеві органи у відповідність з істинним статтю дитини.

Рідший порок розвитку сечівника - розщеплення передньої його стінки, яке може поширюватися від головки статевого члена до сечового міхура (епіспадія).

За даними статистики, один хворий епіспадії зустрічається на 30 000-50 000 чоловіків.

Залежно від протяжності розщеплення сечівника розрізняють кілька форм епіспадії: головчату (сечівник розщеплений тільки в області головки до вінцевої борозни), статевого члена (сечівник розщеплений до лобка), тотальну (сечівник розщеплений аж до сечового міхура, включаючи його сфінктер).

При всіх формах епіспадії статевий член викривлений спереду і догори. Якщо при легкому ступені епіспадії це викривлення не заважає істотним чином статевих зносин, то при важких формах, наприклад тотальної епіспадії, недорозвинення і викривлення статевого члена не дозволяють виконати статевий акт.

Суб'єктивні відчуття (т. е. те, що лікарі називають скаргами) хворих і симптоми епіспадії залежать від її форми. Якщо епіспадія не досягає сечового міхура, розбризкує струмінь сечі потрапляє на шкіру хворого, що при неправильному догляді може призвести до її роздратування і місцевим запаленню. При тотальній формі епіспадії є ще й повне нетримання сечі за рахунок розщеплення сфінктера сечового міхура. Запалення шкіри в цьому випадку виникає частіше, а постійний запах сечі гнітюче діє на психіку хворих, підчас позбавляє їх можливості перебування в суспільстві і різко обмежує їх працездатність.

Епіспадія розпізнається легко, негайно після народження, і мати, яка звернулася за допомогою до лікаря-уролога або хірурга, отримує відразу всі вказівки щодо догляду за дитиною і часу його оперативного лікування.

Лікування хворих епіспадії - тільки оперативне і полягає в випрямленні статевого члена, пластичному створенні сечівника і сфінктера сечового міхура, якщо є нетримання сечі. Операція зазвичай виконується в один етап. Терміни операції індивідуально визначає лікар-уролог, ретельно обстежив хворого. Дітей частіше оперують у віці до 5-8 років.

З інших аномалій чоловічого сечівника найбільш часто зустрічається вроджене звуження його у дітей (найчастіше клапанообразне). Ця аномалія веде до порушення спорожнення сечового міхура, а потім до погіршення функції нирок. Тому при наявності у хлопчиків таких ознак, як тонка, млявий струмінь сечі, напруженні при сечовипусканні, батьки повинні негайно показати дитину лікаря-уролога. Більш раннє лікування при цій аномалії забезпечує сприятливий прогноз.

Статевий член. Найчастішими вадами розвитку статевого члена є фімоз - вроджене звуження крайньої плоті, що не дозволяє оголити голівку. У ранньому дитячому віці є так званий фізіологічний фімоз, який поступово самостійно ліквідується. Проте в деяких випадках цього не відбувається і тоді говорять про природжений фімозі. Під вузькою крайньою плоттю застоюється і розкладається смегма, що сприяє запальним ускладнень (баланопостит), а в подальшому може призвести навіть до раку статевого члена

При різко вираженому фімозі з точковим отвором у крайньої плоті порушується сечовипускання: сеча виділяється тонкою ниткоподібної струменем, затримується в препуциальном мішку, роздуваючи його. Існування такого фімозу вельми небезпечно ускладненнями, одним з яких є порушення функції сечового міхура і нирок.

У всіх випадках вродженого фімозу слід вдаватися до операції - круговому видаленню крайньої плоті, повному або частковому.

Другий порок розвитку статевого члена - коротка вуздечка, яка нерідко сприяє фімозу. Основні скарги частіше виникають в юнацькому та дорослому віці і виражаються у викривленні головки при ерекції, болях при статевих зносинах, під час якого може наступити розрив вуздечки зі значним кровотечею. В останньому випадку необхідно накласти пов'язку, що давить і терміново звернутися до хірурга або уролога.

Лікування полягає в розтині вуздечки в поперечному напрямку і зшиванні в поздовжньому, що призводить до її подовженню. Оперативне лікування фімозу і короткої вуздечки дає добрі результати і не супроводжується зниженням статевої функції чоловіка. Навпаки, іноді ці два вада розвитку є причиною статевих розладів (через неприємні або хворобливих відчуттів при зносинах), які зникають після оперативного лікування.

Аталіїн - відсутність статевого члена. Вкрай рідкісний порок. У 50% хворих поєднується з крипторхізм, арену, і дисплазією нирок.

Мегалопеніс - збільшення статевого члена зумовлене дією тестостерону у внутрішньоутробному періоді.

Мікропеніс - гіпоплазія статевого члена, довжина у новонародженого менше 2 см. Характеризується відсутністю препуціума, головка дуже маленька, кавернозні тіла тонкі.

Діфаллюс - подвоєння статевого члена, є результатом неповного злиття статевого горбка. Виділяють дві форми - повну і неповну, або розщеплений статевий член.

Парафімоз обмеження голівки вузької крайньою плоттю. Ускладнюється виразкою, баланопоститом, утворенням каменів, пролежнями препуціального мішка.

Яєчко. В процесі нормального внутрішньоутробного розвитку яєчко опускається з заочеревинного простору в мошонку. При порушенні ембріогенезу яєчко може зупинитися на будь-якій ділянці цього шляху. Така затримка яєчка називається крипторхізм, який може бути черевним (затримка в черевній порожнині) і пахових (затримка яєчка в паховому каналі), а також одностороннім або двостороннім. Затримка яєчка спостерігається у 3% до 14 років і у 2% - до 21 року, а в більш старшому віці - не вище 0,2%. Двосторонній крипторхізм спостерігається в 5-6 разів рідше, ніж односторонній.

Причинами несвоєчасного опущення яєчка є порушення регуляторних процесів розвитку в ембріональному періоді. Саме тому яєчко іноді самостійно опускається в мошонку у міру статевого розвитку дитини або це відбувається під впливом лікування гормонами, які ліквідують порушення функціональної діяльності ендокринного статевого апарату. Крім того, певну роль у затримці яєчка грають механічні фактори, що перешкоджають нормальному просуванню яєчка.

У неопущеному яєчку процес розвитку нормальних сперматозоїдів порушується або повністю припиняється.

Після настання статевої зрілості затрималося яєчко починає швидко зменшуватися в розмірах - атрофуватися. Однак найбільшою небезпекою є можливість розвитку в затриманого яєчку злоякісної пухлини

Крипторхізм розпізнається найчастіше по відсутності в мошонці одного або обох яєчок. Якщо яєчко знаходиться в паховому каналі, то в паховій області можна промацати округле м'яке утворення.

При неопущеному яєчку треба бути дуже уважним до скарг дітей на болі в області відповідної половини живота і в паховій області, оскільки такими болями можуть проявити себе перекрут або ущемлення яєчка. Найчастіше болі виникають після підйому тяжкості, напруження під час гри, при стрибках і т. Д. У цих випадках слід негайно звернутися до лікаря, особливо якщо болі носять гострий характер.

Гіпоплазія яєчка (гіпогонадизм) - маленькі яєчка з недостатньо розвиненими вторинними статевими ознаками. Нерідко виявляється як частина якогось синдрому, головним чином синдрому Кляйнфельтера (47 XXY). Може поєднуватися з гермафродитизмом, гипоспадией та іншими ВПР сечових і статевих органів. Зустрічається при синдромі Бідля - Бардетга. Гістологічно яєчко має нормальну будову або (частіше) диспластичность. У таких випадках правильніше говорити про його дисплазії, а не гіпоплазії. Передбачається аутосомно-рецесивний тип спадкування. Описано сімейний характер. Гипоплазирована яєчка з природженою відсутністю статевих клітин описані при синдромі Дель Кастільо. У насінних канальцях залишаються тільки підтримуючі клітини, в крові знижується кількість тестостерону і збільшується кількість фолікулостимулюючого гормону. В основі лежить аплазія гоноцитів. Тип успадкування - аутосомно-домінантний, обмежений чоловічою статтю. Описано сімейний характер.

Поліорхідія (Поліорхізм - збільшення числа яєчок. Зазвичай спостерігається тріорхізм. Зрідка відзначається перекрут додаткового яєчка.

Дисплазія яєчка (рудиментарні яєчко, дисгенезия яєчка - аномальна диференціювання яєчка. Макроскопічно: яєчко маленьке, менше 0,7 см, щільного. Мікроскопічно: серед надлишкової кількості строми розташовується невелика кількість маленьких, частіше примітивних канальців, що містять невелика кількість клітин Сертолі і сперматогоний. У деяких випадках яєчко представлено одиничними ембріональними канальцями і надлишково розвиненою ембріональної мезенхимой. Зустрічається кістозна дисплазія яєчка (достаток кіст серед незрілої мезенхіми, одиничні

Ектопія - зміщення яєчка в сторону від нормального шляху. Розрізняють пахову, промежинну, стегнову, лобково-пеніальную і тазову ектопію. Буває одно- і двосторонньою. Зустрічається перехресна (поперечна) ектопія, коли обидва яєчка розташовуються на одній стороні. При цьому вони зазвичай гіпоплазірована і не пов'язані з придатком і сім'явиносних протокою.

З аномалій придатка і сім'явивідної протоки можна згадати про природжений відсутності (повному або частковому) цих органів, що створює непрохідність сім'явивідної тракту. Двостороння подібна аномалія служить причиною чоловічого безпліддя.

До аномалій чоловічої статевої сфери відносять і неправильне статевий розвиток чоловічого організму внаслідок надлишкової продукції чоловічих статевих гормонів (андрогенів) корою наднирників - адреногенітальний синдром. Цей синдром у хлопчиків характеризується передчасним статевим дозріванням, прискореним зростанням тіла, раннім оволосінням шкіри на обличчі, лобку, грудей. Статевий член у таких хворих збільшений, але яєчка відповідають за розмірами віком або зменшені. Розумовий розвиток дітей також відповідає віку.

Причиною підвищеної функції кори надниркових залоз, що викликає адреногенітальний синдром, може бути або гіперплазія (посилене розвиток), або пухлина цієї ендокринної залози. І в першому, і особливо в другому випадку необхідно оперативне лікування. Тому при появі у хлопчика ознак прискореного статевого дозрівання, як і інших вищеперелічених відхилень від норми, батькам слід негайно показати дитину лікаря-уролога або ендокринолога.

КЛАСИФІКАЦІЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОЖЕННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Наведена нижче класифікація аномалій положення статевих органів враховує клінічні форми зміщення матки, вагіни та сусідніх органів.

Аномаліями положення матки прийнято вважати її відхилення, що виходять за межі фізіологічного, а також порушення нормального співвідношення між окремими її частинами, тілом та шийкою матки.

Зміщення матки по вертикальній осі (вверх і вниз)

Підняття матки (elevaсtio uteri). Матка зміщена вверх, дно її розміщується вище площини входу в малий таз, вагінальна частина шийки матки - вище спінальної лінії; при вагінальному дослідженні матка важко досягається.

Опущення матки (descenses uteri). Матка розташовується нижче нормального рівня, вагінальна частина шийка матки (зовнішнє вічко) - нижче спінальної лінії, однак із статевої щілини не показується навіть при натужуванні.

Випадання матки (prolapsus uteri). Матка зміщена вниз, частково або повністю виходить за межі статевої щілини. Розрізняють повне і неповне випадання матки.

Неповне випадання матки із статевої щілини. Виходить тільки вагінальна частина шийки матки, тіло матки розміщується за межами статевої щілини, інколи може спостерігатися подовження шийки матки (elongatio colli uteri).

Випадання матки вважають повним в тому випадку, коли шийка та тіло матки розміщуються нижче статевої щілини, що, як правило, супроводжується випаданням стінок вагіни. При цьому подовження шийки матки не зустрічається, співвідношення між тілом матки і шийкою збережені.

Виворіт матки (inversio uteri). Серозна оболонка розміщується всередині, слизова - ззовні, тіло матки - нижче шийки. Матка вивертається, як палець в рукавичці, у вагіну.

Зміщення матки навколо поздовжньої осі може бути у двох формах:

1. Перекрут матки (тіла і шийки), поворот матки (rotalio uteri) навколо вертикальної осі справа наліво або навпаки.

2. Перекрут матки (torsio uteri), поворот тіла матки по вертикальній осі в ділянці нижнього сегмента матки при нерухомій шийці.

Зміщення матки по горизонтальній осі.

І. Є чотири види зміщення всієї матки (тіла і шийки) стосовно провідної осі таза (positio uteri):

1. Аntepositio - вся матка зміщена до переду

2. Retropositio - матка зміщена до заду

3. Dextropositio - матка зміщена вправо

4. Sinistropositio - матка зміщена вліво.

Нахил матки (versio uteri). Тіло матки зміщується в один бік, шийка матки - в протилежний.

При фізіологічному anteversio тіло матки відхилене до переду і доверху, шийка матки – до заду і донизу, при вертикальному положенні жінки тіло матки розміщене вище шийки матки.

Патологічний нахил матки:

а) anteversio буде патологічним, якщо воно залишається стаціонарно, причому виражене настільки сильно, що тіло матки направлене до переду і донизу, а шийка – до заду і доверху.

б) dextroversio - тіло матки направлене вправо і вверх, шийка - вправо і вниз.

в) sinistroversio - тіло матки направлене вліво і вверх, шийка - вліво і вниз.

Загин матки. В нормі між тілом матки і шийкою кут, як правило, тупий (70-90о), відкритий до переду.

Якщо кут між тілом матки і шийкою гострий, не вирівнюється, то утворюється патологічна гіперантефлексія. Якщо кут між тілом матки і шийкою відкритий до заду, а вагінальна частина шийки звернена допереду і вниз, тіло матки – до заду і вниз - патологічна ретрофлексія. Кут між тілом матки і шийкою відкритий вправо - правобічна латерофлексія. Кут між тілом матки і шийкою відкритий вліво - лівобічна латерофлексія .

Дана класифікація є схематичним відображенням існуючих аномалій положення матки. Клінічні спостереження показують, що різні зміни в положенні матки часто поєднуються. Наприклад, опущення матки нерідко поєднується з ретроверзією. Матка в стані ретрофлексії може одночасно зміщуватись до лона, крижів, вправо, вліво і т.д.

Не всі аномалії положення зустрічаються однаково часто. Зміщення матки донизу, ретрофлексія, патологічна антефлексія і позиція зустрічаються частіше, ніж елевація, латерофлексія, ретроверзія і патологічна антеверзія. Поворот, перекрут, виворот матки спостерігають рідко.

Зміщення матки залежить від патологічних процесів і виникає внаслідок запальних процесів та новоутворень, які локалізуються в різних відділах статевих органів, а також на основі загальних порушень і екстрагенітальних захворювань.

Так, запальний випіт, скупчення крові та пухлини, які розміщуються ззаду матки, сприяють зміщенню її до переду. При локалізації патологічних процесів спереду матки остання відхиляється до заду. При розташуванні пухлин в ділянці параметрія або придатках матка переміщується вправо і вліво від патологічного процесу.

При хронічній стадії запального процесу матка може зміститися в бік найбільш вираженого спайкового процесу.

Пухлини яєчників і матки можуть викликати поворот матки і навіть її перекрут. Походження цих різних аномалій може бути викликане односторонньою субсерозною міомою матки або інтралігаментарною пухлиною яєчників. Наведені вище захворювання статевих органів (запальні процеси, пухлини та ін.) при відповідному їх розташуванні можуть викликати патологічні загини матки, вираженність яких залежить від стадії запального процесу (рубці, спайки).

Таким чином, неправильні положення матки (позиція, загини, нахили, повороти), як правило, є наслідком патологічного процесу, який локалізується за межами матки. Розлади, які виникають внаслідок цього, залежать від основного процесу, що викликав дану аномалію матки. Із аномалій положення жіночих статевих органів найбільше значення стосовно частоти мають опущення та випадання стінок вагіни. Опущення та випадання вагіни нерідко поєднуються із зміщенням матки вниз, в походженні цих аномалій є багато спільного.

Опущення та випадання матки і вагіни (descensus uteri et vagina)

Опущенням матки називають зміщення її вниз, вагінальна частина шийки знаходиться нижче спінальної площини, але не виходить із статевої щілини навіть при натужуванні.

Неповне випадання матки характеризується тим, що опущення матки донизу збільшується так, що її шийка виходить із статевої щілини, а тіло знаходиться вище останньої. При повному випаданні матки вся вона (і тіло, і шийка) виходить із статевої щілини разом із вагіною, що вивернулася.

При опущенні вагіни стінки її займають більш низьке положення, порівняно із нормальним, з'являються із статевої щілини, але не виходять за її межі.

Випадіння вагіни може бути частковим і повним, коли стінки вагіни виходять із статевої щілини, нижче тазового дна.

В більшості випадків буває поєднання опущення та випадання матки і вагіни, що пояснюється наявністю анатомічного зв'язку між ними: зміщення одного органа призводить до зміщення іншого.

Разом з передньою стінкою вагіни, як правило, опускається або випадає за межі статевої щілини частина сечового міхура. Опущення сечового міхура (cystocele) сприяє стоншенню сполучнотканинної перетинки (фасції) між стінкою вагіни, сечовим міхурем і уретрою. Тоді цистоцеле нагадує килоподібний утвір. При значному цистоцеле уретра змінює хід вище свого верхнього відділу донизу, виникає нетримання сечі.

Опущення та випадання задньої стінки вагіни нерідко супроводжуються опущенням передньої стінки прямої кишки (rectocele), яке призводить до дефекту в прямокишково-вагінальній перетинці. Частіше зустрічається килоподібне випинання передньої стінки кишки в протилежній частині, рідше - в тазовій.

Етіологія та патогенез

Етіологія та патогенез опущення та випадання стінок вагіни та матки досить складні.

Основну роль в виникненні опущення та випадання матки відіграють фактори, що визначають тиск на статеві органи зверху. При нормальних умовах тиск на статеві органи врівноважується протидією м'язів тазового дна та передньої черевної стінки.

При ослабленні черевної стінки (часті пологи, стрімкі пологи, пологи великим плодом) порушується взаємна підтримка внутрішніх органів і наростає тиск на тазові органи. М'язи тазового дна і зв'язковий апарат матки деякий час витримують тиск зверху, але в подальшому вони розслабляються, що призводить до зміщення матки донизу.

Ослаблення м'язів і фасцій тазового дна, а також дефект в цій ділянці (ускладнені та оперативні пологи, розриви промежини) ведуть до зміщення стінок вагіни. Розслаблене тазове дно вже не чинить опір статевим органам, і зміщення їх донизу зростає. Таким чином, в патогенезі зміщення матки та вагіни суттєву роль відіграють умови, що сприяють розслабленню черевної стінки і тазового дна. Розслаблення зв'язкового апарату матки виникає вторинно і не має важливого значення.

При ретрофлексії і ретроверзії матки тиск зверху припадає на передню стінку матки і заднє склепіння, верхній відділ сечового міхура, петлі кишечника розміщуються в excavatio vesicouterina. Внаслідок дії тиску зверху на ці органи поступово сечовий міхур опускається з передньою стінкою вагіни і шийкою матки. Поступово випадає і вся матка.

Причини опущення та випадання матки і вагіни можна поділити на такі групи:

1. Ослаблення м’язів передньої черевної стінки внаслідок атонії, частих повторних пологах, ускладнень вагітності і пологів (багатоводдя, багатопліддя, вузький таз). Описано випадки випадання матки у жінок, які не народжували, або в дівчат з астенічною конституцією, що є проявом загального птозу внутрішніх органів.

2. Важливе значення мають пологові травми, які приводять до розслаблення м’язів. Пошкодженню м’язів, особливо леваторів та фасцій тазового дна, сприяють розгинальні передлежання, великі розміри плода, ригідність м’язів у немолодих першородячих, хірургічні втручання, акушерські щипці, плодоруйнуючі операції. При цьому пошкоджується фіксуючий апарат матки, головним чином крижові маткові зв’язки та кардинальні.

3. До зміщення матки вниз ведуть всі причини, що обумовлюють зниження тонусу та ретрофлексію матки: це затримка розвитку статевих органів і вікова атрофія матки, зв'язкового апарату та м'язів тазового дна. Треба відмітити, що опущення та випадання матки виникає переважно в осіб старечого віку.

4. Опущення та випадання статевих органів можуть виникнути при аномаліях розвитку, що зумовлюють порушення іннервації тазового дна та вроджену гіпоплазію його мускулатури.

5. При наявності умов, що передують зміщенню матки донизу, останнє виникає і прогресує в зв'язку з підняттям тягарів.

Зміни в статевих органах при їх опущенні

Стінки вагіни, що випали, ззовні стають сухими, грубими, змозолілими. Сполучна тканина набрякає. Складки вагіни поступово згладжуються, слизова оболонка стає білуватою. На слизовій оболонці вагіни та шийки матки нерідко утворюються трофічні виразки з різко окресленими краями на гноєподібним нальотом на дні. При випаданні матки виникає перегин судин, утруднюється відток венозної крові, з'являється застій її в нижчерозташованих відділах. Наступає набряк, збільшується об’єм вагінальної частини шийки матки (hypertophie colli). При неповному випаданні матки нерідко видовжується шийка матки (elongatio colli).

В результаті видовження шийки матки порожнина матки збільшується до 10-15 см при звичайній довжині тіла. При зміщенні матки донизу опускаються маткові труби і яєчники, але клінічно змін при цьому не відбувається. При повному випаданні матки може змінитися топографія сечоводів, вони стискаються, що спричиняє застій сечі і поширення висхідної інфекції.

Клінічна картина опущення і випадання матки та вагіни характеризується:

1. Довготривалим перебігом.

2. Постійним прогресуванням процесу, який виникає поступово: спочатку опущення неповне, потім стає повним випаданням (інколи в зв’язку з підняттям тягаря в старечому віці або в післяпологовий період може виникнути пролапс матки).

Із статевої щілини виходить пухлиноподібний утвір, на нижньому полюсі якого розміщується зовнішнє вічко цервікального каналу. При пальпації частин, що випали, легко визначаються шийка матки і тіло. При введенні в уретру катетера виявляється, що разом з статевими органами частково випадає сечовий міхур. Ректальне дослідження дозволяє виявити ректоцеле. Органи, що випали, легко вправляються, утруднення може бути при вираженому набряку. В останньому випадку хвору вкладають в ліжко і вправлення проводять після зникнення набряку. Випадіння статевих органів знижує працездатність жінки, особливо при фізичній роботі.

Симптоматика при опущенні і випаданні статевих органів така:

1. Хворі самі констатують випадання матки та вагіни, які збільшуються при ходьбі, кашлі, чиханні. Відмічаються тягнучий біль в крижах, білі з домішками сукровиці, які з'являються при травматизації трофічної виразки.

2. Виникають часті позиви, нерідко різкі при сечовипусканні. При повному випаданні матки іноді буває затрудненим сечовипускання, що припиняється після вправлення органів, що випали.

3. Менструальний цикл, як правило, не порушений. При наявності застійних явищ можуть бути циклічні порушення типу гіперполіменореї.

4. Дітородна функція знижується (неспиятливі умови для запліднення внаслідок швидкої евакуації сперми із вагіни). На ІV-V місяці вагітності, коли матка значно збільшується і піднімається в великий таз, випадання статевих органів припиняється. Після пологів випадання знову прогресує. Статеве життя можливе при вправленні статевих органів, що випали.

Профілактика опущення та випадання матки

Профілактика базується на усуненні причин, що викликають вказані аномалії положення. Велике значення мають попередження захворювань в дитячому віці та в період статевого розвитку, правильне харчування, заняття спортом. Не викликає сумніву роль фізкультури під час вагітності і після пологів, особливо фізичних вправ, що сприяють зміцненню м’язів черевної стінки та тазового дна. Розроблено спеціальні вправи для вагітних і породіль. Застосування цього комплексу вправ запобігає появі ускладнень вагітності та пологів, а також сприяє профілактиці опущень та випадань стінок вагіни. Враховуючи роль пологових травм в походженні зміщень матки, потрібно не допускати ускладнень в пологах, розривів промежини та стінок вагіни, своєчасно проводити епізіо- чи перинеотомію. Велике значення має своєчасне та правильне ушивання розривів промежини після пологів.

Виворіт матки (inversio uteri)

Виворіт матки зустрічається дуже рідко. При цій аномалії положення жіночих статевих органів серозна оболонка матки розміщується всередині, а слизова оболонка - ззовні. При повному вивороті тіло матки знаходиться у вагіні, а шийка матки, що фіксується в ділянці склепінь, знаходиться вище рівня тіла. Неповний виворіт матки характеризується тим, що ділянка дна матки втискається в її порожнину, але не виходить за межі зовнішнього зіву.

При вивороті, особливо повному, маткові труби і яєчники втягуються всередину. При повному вивороті виникають порушення кровообігу, застій та набряк матки. На вивернутій поверхні утворюються виразки, що кровоточать, нерідко покриті гнійним нальотом.

Виворіт матки в більшості випадків зустрічається при неправильному веденні послідового періоду (пуерперальна форма), рідше при "народженні" із матки пухлини з короткою ніжкою (онкогенетична форма).

Пуерперальна форма вивороту виникає внаслідок тиснення на матку зверху (витискання посліду) при погано скороченій матці і широко відкритому матковому зіві. За таких умов виворіт може статися при потягуванні за пуповину при щільному прикріпленні посліду.

Онкогенетична форма вивороту зустрічається при міомі матки, саркомі, карциномі.

Клініка

Симптоми вивороту матки добре виражені в гострих випадках, які виникають після пологів. При гострому вивороті з’являються біль, кровотеча, шок. При хронічному хворі скаржаться на відчуття тиснення донизу, з’являються гнійні виділення і метрорагії.

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, наявність 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 урогенітального 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



Рис. 1. Форми аномалій розвитку матки і піхви. 1 - відсутність матки і піхви; 2- відсутність шийки матки; 3 - відсутність піхви при функціонуючій матці; 4 - подвоєння матки і піхви; 5 - дворога матка; 6 - аркоподібна матка; 7 - подвоєна матка; 8 - незлита подвійна матка і подвійна піхва; 9 - перетинка в матці і піхві; 10 - неповна перетинка в матці; 11 - однорога матка; 12 - однорога матка з рудиментарним нефункціонуючим рогом; 13 - однорога матка з рудиментарним функціонуючим рогом; 14 - рудиментарна матка з додатковою з замкнутою піхвою; 15 - рудиментарна функціонуюча матка.

вроджений вада статевий матка

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.



Рис. 2. Атрезія дівочої пліви. Гематокольпос. Гематометра. Гематосальпінкс.

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.



Рис. 3. Розсічення дівочої пліви. а - хрестоподібний розріз; б - обшивання країв дівочої пліви; в - дівоча пліва обшита.

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.

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 - haematoсоlpos 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 - дворога 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 сідловидне 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 неболючу пухлину, що зміщується . При наявності перегородки у вагіні, яка перешкоджає народженню плода, проводять її розсіч



Рис. 4. Метропластика при дворогій матці (операція Штрамссмана). а - поперечний розріз дна матки; б - висічення ножицями перетинки; в - накладання швів на матку в поздовжньому напрямку.

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

Люди-гермафродити

Насамперед варто усвідомити, що люди-гермафродити – це індивідууми, що володіють статевими ознаками як чоловіки, так і жінки. Назва сягає своїм корінням далеко в грецьку міфологію, коли гаряче закоханий Гермафродит (син Гермеса й Афродіти) вирішив з’єднатися з німфою Салмакіда воєдино. У міфології їх називають Андрогін – міфічними істотами, перволюдьмі, що з’єднують в собі і чоловіче, і жіноче начало. Але це всього-навсього міфологія, викладена Платоном, а в реальному житті все йде по-іншому. Адже люди-гермафродити повністю безплідні. А як у наш час жити, усвідомлюючи, що ти – людина середнього підлоги і не можеш мати дітей. Відомий лише один випадок, коли гермафродит був здатний до нормальних статевих відносин. Ця особина мала статевий член 14 см і піхву 8,5 см. Також у неї були як яєчники, так і яєчка. Вона переживала менструацію і викидала насіння, могла жити як у якості чоловіки, так і в якості жінки. Але це одиничний випадок. Найчастіше двостатеві люди-гермафродити замість яєчників мають суміш тканини з яєчок і яєчників, яка не може виробляти ніякі гормони: у ній немає фолікулів і немає яйцеклітин. Нерідко трапляється поєднання статевого члена і піхви або ж статевого члена і грудей 4 розміру.

Найчастіше гермафродити – люди, в генах яких закладена мутація, награждающая свого обранця і жіночими, і чоловічими статевими органами. Рідше винуватець – спадковість. Також люди-гермафродити народжуються в шлюбах, які укладені між кровними родичами. У цілому менше одного відсотка населення Землі – андрогіни. Раніше їх практично неможливо було виявити, оскільки вони намагалися приховати свою приналежність до середнього роду. Щоб підтвердити або спростувати наявність гермафродитизму у людини, необхідно провести ряд тестів, здати безліч аналізів, включаючи хромосомні.

Багато авторів у своїх навчаннях зверталися до цієї непростої теми. Один з них – Евгенідіс Джеффрі – у своїй авторській роботі «Середня стать» чітко описав стан людини, коли він дізнається, що вона – це він, а також подальше життя гермафродита серед звичайних людей. Але все це відбувалося в 20-х роках минулого сторіччя …

Проходить час, звичаї змінюються, на даний момент ставлення до людей-гермафродитів досить терпиме. Але залишається церква, яка і до цього дня не сприймає їх як повноцінних людей, вважаючи, що така людина повинна вибрати, ким він хоче бути: чоловіком чи жінкою. Але це практично неможливо, незважаючи на те, що хірургічна пластика дає результат. Все через те, що люди-гермафродити точно не можуть знати, до якої статі вони належать більше. Зроблять з них жінку, а вони більше нагадують чоловіка – силою, структурою фігури. Або ж, навпаки, ставши чоловіком, вони крихкістю фігури і ніжністю обличчя нагадують жінку. Вихід є і буде завжди – це змиритися з тим, хто ти є, і прийняти це, якою б не була гіркою правда.

Література

1. Матковская А.Н., Ібрагімова Г.В., Чуваків Г.І. Диспансеризація хворих крипторхізм. Профілактика і лікування гіпогонадизму і безпліддя//Проблеми ендокринології.- 1985. - № 4. - С. 38-43.

2. Урологія: підручник. Лопаткін Н.А., Камалов А.А., Аполіхін О.І. та ін./Под ред. Н.А. Лопаткіна. 7-е изд., Перераб. і доп. 2 011.

3. http://intranet.tdmu.edu.ua/data/cd/practy4na\_ginekologiya/html/rozdil06/r06.html

4. http://svitohlyad.com.ua/zdorovya/lyudy-hermafrodyty-hto-vony/

Размещено на Allbest.ru