**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение**

**«КУЩёВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**министерства здравоохранения Краснодарского края**

**ЦК №2 профессиональных циклов**

Группа 311 Работу защитил

Специальность 31.02.01 Лечебное дело с оценкой \_\_\_\_\_\_\_

ПМ 02 Лечебная деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МДК 02.03 «Оказание акушеро - (подпись руководителя)

гинекологической помощи» «\_\_\_»­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 г.

**Курсовая работа**

**Тема:** Современные методы диагностики и коррекции аномалий развития женских половых органов

Выполнил:Чулюкова В. С.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2016г.

подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверила:Фоменко Н.А.

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ПМ)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 г.

ст-ца Кущёвская

2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ВВЕДЕНИЕ………………..………………………………………................ | 3 |
|  | ГЛАВА 1. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ………........................................................................................... | 6 |
| 1.1. | Общая классификация пороков развития женских половых органов………………………………………………………………………. | 6 |
| 1.2. | Аномалии развития наружных женских половых органов………………………………………………………………………. | 7 |
| 1.3. | Аномалии развития внутренних женских половых органов……………. | 8 |
| 1.4. | Методы диагностики аномалий развития женских половых органов…... | 10 |
|  | ГЛАВА 2. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ………………….……. | 14 |
| 2.1. | Коррекция аномалий развития наружных женских половых органов….. | 14 |
| 2.2. | Коррекция аномалий развития внутренних половых органов………………………………………………………………..……. | 18 |
| 2.3. | Меры профилактики аномалий развития женских половых органов…......................................................................................................... | 20 |
|  | ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………… | 23 |
|  | СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……..…………………….. | 25 |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ 1…………………………………………………………. | 29 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Репродуктивное здоровье женщины – это одна из важнейших составляющих общего здоровья организма женщины, которое подразумевает под собой отсутствие заболеваний мочеполовой системы, способность к зачатию и вынашиванию ребенка, а также возможность жить половой жизнью. Но все это становится невозможным, когда женщина рождается с аномалией развития половых органов.[6,1]

Проблема развития аномалии женских половых органов довольно актуальна. Изучив статистические и медицинские данные, мне удалось выяснить, что пороки развития женских внутренних половых органов являются врождённой аномалией, которая диагностируется более чем у 3% женщин всего мира. В то время как пороки развития женских половых органов в целом составляют 4% среди всех врожденных аномалий развития.[1,80]

[Аномалии в развитии женских половых органах происходят в эмбриональном периоде. Причин их возникновения существует множество, но зачастую определить их достаточно сложно. Это могут быть неблагоприятные условия, в которых развивался эмбрион. Могут повлиять и наследственные факторы, а также биологическая неполноценность половых клеток. Степень выраженности таких аномалий зависит от времени, на каком периоде развития произошла остановка органа или системы. Чем раньше порок стал развиваться в эмбриональном периоде, тем выраженнее будут его проявления в последующем. Причинами могут стать тератогенные факторы и постнатальный период, перенесённые заболевания с осложнениями в детском или в зрелом возрасте. В большинстве случаев аномалии развития обнаруживаются у девочек в пубертатном периоде.](http://subscribe.ru/archive/science.health.kak/201305/13081535.html) [Нарушение развития женских половых органов может быть связано с наследственными заболеваниями, профессиональными вредностями, другими экзогенными факторами. Чаще всего имеет место воздействие нескольких неблагоприятных факторов.](http://akushergynekolog.ru/load/anomalii/poroki_razvitija_zhenskikh_polovykh_organov/11-1-0-404)[16,1]

[К аномалиям развития женских половых органов относят врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде незавершенного органогенеза, отклонение от величины, формы, пропорций, симметрии, топографии, наличие образований, не свойственных женскому полу в постнатальный период](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F_%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D1%85_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2). [К порокам развития женских внутренних половых органов относятся различные врождённые нарушения структуры и формы влагалища и матки.](http://kotikit.ru/qanda/poroki-razvitiya-zhenskix-vnutrennix-polovyx-organov/) [13,1]

Пороки развития половых органов возникают в период раннего онтогенеза и связаны с нарушениями слияния парамезонефральных протоков, их реканализации, отклонениями в формировании урогенитального синуса, неправильным формированием гонад. Повреждающие факторы действуют не только на закладку половых органов, они влияют и на развитие других органов (в первую очередь почек). Поэтому у каждой 4-й женщины с пороками развития матки обнаруживаются аномалии развития почек.[ 5,1]

Пороки развития женских половых органов это не только отклонения в физиологическом здоровье женщины, но и в психологическом, так как во многих случаях является невозможным нормальная половая жизнь, зачатие и вынашивание ребенка. В настоящее время, медицина не стоит на месте, существует множество методов диагностики и коррекции аномалий развития женских половых органов, позволяющих выявить пороки в период внутриутробного развития плода, так и откорректировать их в последующем.

**Цель исследования** – изучение современных методов диагностики и коррекции аномалий развития женских половых органов.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать данные статистики по аномалиям развития женскх половых органов в мире.
2. Изучить клинические проявления аномалий развития женских половых органов.
3. Изучить методы диагностики аномалий развития женских половых органов.
4. Изучить современные методы коррекции аномалий развития женских половых органов.
5. Дать рекомендации, разработать и выпустить памятку «Профилактика аномалий развития женских половых органов».

**ГЛАВА 1. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**1.1 Общая классификация пороков развития женских половых органов**

Пороки развития наружных женских половых органов:

* Недоразвитие передней стенки мочеиспускательного канала;
* Недоразвитие задней стенки мочеиспускательного канала;
* Заращение заднего прохода;
* Перемещение заднего прохода в область преддверия влагалища;
* Сращение больших и малых половых губ;
* Удлинение клитора;
* Гермафродизм:
* Истинный гермафродизм;
* Псевдогермафродизм.

Пороки развития внутренних половых органов:

* Атрезия (заращение) гимена;
* Полная или неполная аплазия (отсутствие влагалища и матки):
* Полная аплазия матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера-Хаузера);
* Полная аплазия влагалища и шейки матки при функционирующей матке;
* Частичная аплазия влагалища до средней или верхней трети при функционирующей матке;

Пороки, связанные с отсутствием слияния или неполным слиянием парных эмбриональных половых протоков:

* полное удвоение матки и влагалища;
* удвоение тела и шейки матки при наличии одного влагалища;
* удвоение тела матки при наличии одной шейки матки и одного влагалища (седловидная матка, двурогая матка, матка с полной или неполной внутренней перегородкой, матка с рудиментарным функционирующим замкнутым рогом);

Порки, связанные с сочетанием удвоения и аплазии парных эмбриональных половых протоков:

* удвоение матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища;
* удвоение матки и влагалища с полной аплазией обоих влагалищ;
* удвоение матки и влагалища с полной аплазией всего протока с одной стороны (однорогая матка).[1, 80-81]

**1.2 Аномалии развития наружных женских половых органов**

К наружным половым органам относят лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, железы преддверия, девственная плева (отделяющая наружные половые органы от внутренних) и передняя промежность.[17,1]

Пороки развития клитора могут проявляться в виде агенезии, гипоплазии и гипертрофии.

Первые два дефекта являются чрезвычайно редкими аномалиями женских половых органов. Гипертрофия клитора обнаруживается при врожденном адреногенитальном синдроме (наследственно обусловленном нарушении функции коры надпочечников).

Аномалии вульвы, как правило, выявляются в составе множественных пороков развития, сочетаются с врожденными дефектами прямой кишки и нижних отделов мочевыводящей системы, что обусловлено формированием перечисленных органов из общей клоаки. Могут наблюдаться такие аномалии женских половых органов, как гипоплазия больших половых губ или заращение влагалища, сочетающееся либо не сочетающееся с заращением ануса. [18,1]

Атрезия девственной плевы

Атрезия (заращение) девственной плевы (atresia hymenis) является одним из частых проявлений врожденных пороков развития или может формироваться в раннем детстве в результате местного воспалительного процесса. Страдание приобретает большое практическое значение, так как характеризуется скоплением (в период половой зрелости) менструальных выделений во влагалище (гематокольпос), в полости матки (гематометра) и маточных трубах (гематосальпинкс). В брюшную полость кровь чаще всего не проникает, так как фимбриальные концы труб при этом обычно облитерируются.[3,1]

Аномалии развития вульвы

Синехии половых губ, иногда называют синехии вульвы — это сращение больших или малых половых губ в их нижней трети или на всём протяжении. Половые губы при этом соединены друг с другом очень тонкой перепонкой, вход во влагалище отсутствует, а при полном сращении не видно и отверстия мочеиспускательного канала.

Диагноз синехии ставится на основании осмотра: у маленькой девочки малые половые губы «слипаются» между собой. Вход во влагалище перекрыт пленкой. Синехии выглядят как образовавшаяся по центру, между малыми половыми губами пленка со срединной, хорошо заметной полоской (зона сращения). При полной синехии не видно даже отверстия мочеиспускательного канала. В таком случае наблюдаются затруднения при мочеиспускании: ребёнок тужится, испытывает дискомфорт, капризничает, плачет, и это наблюдается практически при каждом акте.

В некоторых случаях срастаются малая и большая половые губы, обычно симметрично с двух сторон. Чаще срастаются между собой малые половые губы, закрывая вход во влагалище на несколько мм, на 1/3, половину или даже полностью.[8,1]

**1.3 Аномалии развития внутренних женских половых органов**

Аномалии развития влагалища

Наиболее частыми пороками развития влагалища являются наличие перегородки во влагалище, частичное или полное заращение влагалища (атрезия), врожденное отсутствие – аплазия влагалища.

Врожденная влагалищная перегородка – результат нарушения внутриутробного развития - может располагаться как продольно, так и поперечно, может быть полной (доходящей до свода влагалища) и неполной (пересекающей влагалище в определенной его части, чаще всего в нижней трети. При полной влагалищной перегородке у женщины иногда могут встречаться два отдельных влагалища.

Аплазия влагалища – довольно редко встречающаяся аномалия, отсутствие части влагалища, возникающее при нарушении формирования влагалищной трубки. При аплазии влагалища на месте органа может быть небольшое углубление размером 2-4 см. Данная аномалия может сочетаться с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (недоразвитием или полным отсутствием матки). Некоторым пациенткам в таких случаях требуется хирургическая операция, во время которой из синтетических материалов формируется новое влагалище.

Аномалии развития влагалища, как правило, выявляются гинекологом в подростковом возрасте в связи с отсутствием менструаций, жалобами пациентки на боли внизу живота, либо позднее – при боли во время полового акта или невозможности его совершения.[4,1]

Удвоение матки и влагалища с обструктивной перегородкой

Обычно у женщин с обструктивной продольной перегородкой после нормальных менструаций развивается все более тяжелая дисменорея. У таких пациенток наиболее вероятно наличие удвоения матки. У одной матки есть проходимый выход, а во второй обычно обнаруживают обструкцию (частичная аплазия влагалища). Если обструкция располагается в нижней части влагалища, выпуклость может быть обнаружена при осмотре нижней части его просвета. Однако более высокую обструкцию можно не заметить при визуальном осмотре, что часто встречается у подростков. При пальцевом исследовании можно выявить напряженную выпуклость стенки влагалища.

Часто выпуклость обнаруживают в передней части влагалища между 12-часовым и 3-часовым положениями или между 9-часовым и 12-часовым положениями условного циферблата вследствие вращения двух шеек. При УЗИ тазовых органов обычно определяют уплотнения в области малого таза, что может привести к диагностической ошибке, если у врача нет подозрения на наличие влагалищной перегородки. МРТ — лучший способ для точной диагностики этой патологии. Как и другие мюллеровы аномалии, продольная влагалищная перегородка часто сочетается с аномалиями почек, в том числе отсутствием одной почки, нефроптозом и удвоением мочеточника.[14,1]

Аномалии развития матки

Аномалии развития матки встречаются нередко. Они чрезвычайно разнообразны.

Удвоение матки и влагалища при их обособленном рас­положении (uterus didelphus) формируется при отсутствии слияния правильно развитых парамезонефральных протоков. Обе матки хорошо функционируют. Беременность может развиваться как в одной, так и в другой матке. Uterus duplex et vagina duplex — аномалия развития похожа на предыдущую, но мат­ка и влагалище на определенном участке соединены более тесно с помощью фиброзно-мышечной перегородки. Одна из маток может быть по величине меньше другой и в функциональном отношении неполноценной. С этой же стороны может быть атрезия гимена, и (или) внутреннего маточного зева. Возможно раздвоение шейки и тела матки при общем влагалище (uterus bicornis bicollis) или раздвоение тела при общей шейке матки и общем влагалище (uterus bicornis unicollis).

Встречается аномалия развития, обусловленная недоразвитием одного из парамезонефральных протоков, что приводит к формированию рудиментарного рога.[14,1]

**1.4 Методы диагностики аномалий развития женских половых органов**

Диагностика простых вариантов порока не представляет сложностей. Стандартное обследование при подозрении на непроходимость влагалища и шейки матки, помимо общеклинических и лабораторных исследований, включает сбор анамнеза, оценку физического и полового развития, осмотр наружных половых органов, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из половых путей, ректально-абдоминальное исследование, зондирование влагалища, УЗИ половой и мочевой систем. Как правило, этих исследований достаточно для точного определения варианта порока и выбора метода оперативного вмешательства.

При объективном обследовании преддверие влагалища и девственная плева выглядят обычно. Даже при тотальной аплазии влагалища его преддверие сохранено. Только при атрезии девственной плевы ее вид отличается от обычного. При надавливании на переднюю брюшную стенку над лоном девственная плева выбухает в виде цианотичного купола.

Бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из половых путей дают существенную информацию в основном при свищевой атрезии влагалища, когда гнойные выделения служат косвенным диагностическим признаком, а результаты анализов необходимы для проведения рациональной антибактериальной терапии.

Пальпируемое при ректально-абдоминальном исследовании округлое эластичное малоболезненное и малоподвижное образование, оттесняющее матку кверху, обычно является гематокольпосом. Давление на гематокольпос через прямую кишку передается на матку и ощущается при пальпации над лоном. Смещаемость гематокольпоса ограничена, чем он отличается, например, от кисты яичника, похожей локализации, консистенции и формы.

Зондирование влагалища имеет целью определение глубины нижнего отдела влагалища и проводится одновременно с ректально-абдоминальным исследованием. Расстояние от верхушки купола влагалища до дна гематокольпоса позволяет точно определить диастаз между отделами влагалища, оценить запасы пластического материала и наметить план операции. Дистальная часть влагалища часто представлена одним преддверием и имеет глубину около 1-2 см. Реже углубление за девственной плевой бывает менее 1 см.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних гениталий документально подтверждает правильность трактовки клинических данных.

Исследование проводят при наполненном мочевом пузыре с расположением датчика над лоном и в области промежности. Попутно осматривают органы брюшной полости и забрюшинного пространства. УЗИ позволяет достоверно определить размеры матки и ее полости, толщину эндометрия, размеры и толщину стенок гематокольпоса, расстояние от его дна до кожи промежности. Вместе с тем достоверность УЗИ достаточно высокая лишь в диагностике наиболее простых форм порока - низких атрезии влагалища без удвоения органов. Во всех сомнительных случаях - при несовпадении данных анамнеза, клинической картины и результатов обследования данные УЗИ следует проверять другими методами - эндоскопией, магнитно-резонансной томографией (МРТ). В некоторых наблюдениях наиболее информативны лапароскопия и вагинография.

В диагностике сложных или нетипичных пороков развития влагалища следует отдавать предпочтение магнитно-резонансной томографии. Специальной подготовки к МРТ не требуется. Исследование проводят в положении пациентки на спине во фронтальной, сагиттальной и аксиальной проекциях. При атрезиях и аплазиях влагалища наиболее информативна для уточнения анатомического строения сагиттальная проекция, позволяющая точно определить величину диастаза между отделами влагалища, размеры гематометры и гематокольпоса, оценить состояние шейки матки. Однако при удвоении влагалища и матки сагиттальные срезы не позволяют достаточно легко реконструировать анатомические взаимоотношения органов. В случае удвоения половых путей более информативно исследование во фронтальной проекции. В распознавании многих сложных аномалий внутренних половых органов МРТ представляет наиболее ценную информацию, предопределяющую выбор оперативного вмешательства.

Данные УЗИ и МРТ при свищевой форме непроходимости влагалища могут различаться в зависимости от времени проведения исследования и степени заполнения влагалища содержимым. Опорожнение обычно происходит во время ректально-абдоминального исследования. Пиокольпос может опорожняться спонтанно на фоне противовоспалительной терапии. Ошибочная трактовка данных МРТ возможна при «пустом» влагалище.

В диагностике «пустого» влагалища при свищевых формах атрезии вагинография более информативна, чем УЗИ и МРТ. До появления УЗИ и МРТ вагинография была единственным исследованием полости влагалища выше уровня обструкции. Однако вагинография связана с высоким риском инфицирования проксимального отдела влагалища при замкнутом гематокольпосе. В настоящее время вагинографию целесообразно использовать лишь при свищевой форме атрезии влагалища в качестве документирующего исследования.[19,1]

Выводы:

Проанализировав данные статистики, было выявлено, что пороки развития женских половых органов встречаются более чем у 4% женщин со всего мира. Причинами их развития могут служить как наследственные факторы, так и факторы, воздействующие на развивающийся плод извне. Кроме того, существенное влияние на картину заболеваемости пороками женских половых органов оказывает ранняя их диагностика, которая в настоящее время позволяет не только выявить развивающийся порок на ранней стадии внутриутробного развития, но и предотвратить их появление.

**ГЛАВА 2.МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**2.1 Коррекция аномалий развития наружных женских половых органов**

Коррекция гипертрофии клитора

В настоящее время данная аномалия с успехом лечится хирургическим путем. Благодаря современным технологиям, удается добиться не только визуального эффекта, но и сохранить чувствительность клитора.

Операция технически не представляет сложности, но может сопровождаться значительным кровотечением из-за обилия кровоснабжения этой области. Если операция выполняется в детском возрасте, то должна выполняться только под наркозом. У взрослых с успехом может быть применена местная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина и дополнена внутривенным введением кетамина. Операция выполняется на гинекологическом кресле. Операционное поле широко обрабатывается йодонатом. Клитор захватывается пальцами левой руки и приподнимается вверх, У основания клитора производится циркулярный разрез кожи. На основание клитора накладывается крепкий кровоостанавливающий зажим, после чего он отсекается.

Зажим заменяется лигатурой методом обшивания. Гемостаз должен быть выполнен очень тщательно. На кожу накладываются узловые швы из любого шовного материала. Если операция выполняется в детском возрасте, то наиболее целесообразным является наложение внутрикожного шва абсорбирующимся шовным материалом (максон и др.). Это позволяет избежать излишней травматизации психики ребенка при снятии кожных швов. Пребывание в стационаре не превышает 5-7 дней.

При наличии кожной складки, закрывающей вход во влагалище, последняя рассекается срединным разрезом. Края разреза обшиваются восьмиобразными швами (викрил, кетгут).[22,1]

Коррекция гипоплазии больших половых губ

Коррекция больших половых губ это, прежде всего изменение объема больших половых губ.

В случае с гипоплазией больших половых губ целесообразно применение интимного филлинга - это метод инъекционной контурной пластики аногенитальной области, позволяющий восполнить объем мягких тканей путем введения препаратов гиалуроновой кислоты интра - и субдермально.

Интимная контурная пластика проводится с помощью гелей гиалуроновой кислоты. Современные гели чрезвычайно эффективны и абсолютно безопасны, что доказано клиническими испытаниями. Они легко вводятся, хорошо распределяются в тканях, эффективно создают объем, обеспечивают продолжительный результат, не вызывают аллергических реакций. [23,1]

Коррекция агенезии влагалища

Лечение заращения влагалища только оперативное. Возможность жить половой жизнью можно восстановить путем создания искусственного влагалища. Для этого разработано много различных методов, которые при достаточном опыте хирурга дают удовлетворительные результаты. В основе некоторых из методов лежит сложная реконструкция влагалища кишечной петлей. Для этого используют слепую, подвздошную или сигмовидную кишку. Применяются также более простые методы, которые, однако, не столь эффективны: реконструкция по Вильямсу (формирование влагалища сшиванием больших половых губ), Франку (растяжение и углубление влагалищной ямки с помощью экспандера).

Дальнейшим усовершенствованием метода Франка явился метод Веккьетти, который заключается в том, что стеклянную или тефлоновую оливу диаметром 1,5—2 см, введенную в преддверие влагалища, с помощью нитей, которые проводят через пузырно-прямокишечное пространство и выводят на кожу нижнего отдела брюшной стенки, подтягивают постепенно вверх. Несмотря на трудоемкость метода и частые осложнения, в некоторых центрах о нем отзываются положительно. Противоречивые отзывы имеются в литературе о методе реконструкции Давыдова, при котором вскрывают уретровезикоректальное пространство и выстилают его листком брюшины.

Довольно надежной и безопасной является модификация методов Макинду и Киршнера. Она основана на вскрытии уретровезикоректального пространства и пластике его расщепленным кожным трансплантатом, выкроенным в ягодичной области. Для увеличения площади поверхности трансплантата его делают сетчатым. Трансплантат прилаживают на фантоме из стекла или пластмассы, вводят в сформированное влагалище и фиксируют к коже вульвы. Приживление происходит в течение 1 недели. После этого пациентка должна пользоваться еще какое-то время интравагинальным фантомом, чтобы не произошло сморщивания влагалища. Пользование фантомом не мешает пациентке при желании заниматься спортом. Место взятия трансплантата бесследно заживает в течение нескольких недель.[24,1]

Коррекция атрезии девственной плевы

При данном пороке показано хирургическое лечение – Х-образное рассечение девственной плевы и опорожнение гематокольпоса.[2, 517] Края разреза обшивают кетгутовыми швами. [1, 83]

Лечение гинатрезии должно быть проведено в оптимальные сроки, до возникновения серьезных осложнений. В послеоперационном периоде с целью предупреждения повторного сращения обычно возникает необходимость в проведении специальных процедур, направленных на расширение стенок влагалища и плевы. Прогноз относительно деторождения при атрезии девственной плевы при условии своевременного лечения благоприятный.[21,1 ]

Лечение сращения малых половых губ

В зависимости от степени выраженности сращения малых половых губ лечение может проводиться консервативным (медикаментозным) или оперативным методами.

При бессимптомном течении сращения малых половых губ и отсутствии признаков воспаления показаны обычные гигиенические процедуры и наблюдение. Имеются случаи самостоятельного разрешения сращения малых половых губ к моменту полового созревания вследствие возрастного повышения уровня эстрогенов в организме девочки.

Консервативное лечение сращения малых половых губ является более предпочтительным, оно включает местное применение мазей и кремов, содержащих эстроген (например, овестина), девочкам в возрасте старше 1 года минимальными по продолжительности курсами. Мазь наносится на участок сращения аккуратно и без сильного давления обязательно после проведения гигиенического туалета или купания. Под действием эстрогена происходит разрыхление тканей в области сращения, что способствует постепенному разъединению малых половых губ и препятствует их повторному слипанию. Использование эстроген содержащих кремов не оказывает системного действия на организм ребенка, в единичных случаях могут наблюдаться кратковременные изменения (пигментация вульвы, появление волосков, набухание молочных желез), которые самостоятельно проходят после прекращения лечения. После курсового применения крем, содержащий эстроген, постепенно заменяется нейтральным детским кремом, не содержащим ароматизаторы и красители. В случае предшествующей инфекции половых или мочевых органов проводится комплексная антибиотикотерапия.

Оперативное вмешательство показано лишь в запущенных случаях сращения малых половых губ, связанных с нарушением мочеиспускания, выраженной инфекцией мочевыводящих путей или при неэффективности консервативной терапии. Разделение синехий малых половых губ проводится под местной или общей анестезией.

Хирургическое лечение сращения малых половых губ не очень желательно, поскольку сопровождается болью, дискомфортом в период заживления и обработки вульвы, возможным развитием психологических травм, высоким риском рецидивов. Для предупреждения рецидива после хирургического вмешательства показано использование кремов с эстрогеном. Обязательным условием эффективности проводимого лечения сращения малых половых губ является постоянное соблюдение гигиены.

Даже при успешном результате лечения сращения малых половых губ для контроля состояния наружных половых органов девочка в течение года должна находиться под наблюдением детского гинеколога.[7,1]

**2.2. Коррекция аномалий развития внутренних половых органов**

Коррекция врожденной влагалищной перегородки

Врожденная влагалищная перегородка корректируется исключительно хирургическим путем. Цель операции — клиновидная резекция ткани без повреждения шейки, мочевого пузыря и прямой кишки. В мочевой пузырь вводят катетер Фолея. Поскольку продольные влагалищные перегородки хорошо васкуляризованы, переднюю часть перегородки, а затем и заднюю удаляют с помощью монополярной электрохирургии. Важно не удалить перегородку слишком близко к стенке влагалища, так как при этом останутся большие дефекты слизистой оболочки. Края этих дефектов сшивают швами рассасывающимися нитками.[20,1]

Коррекция аплазии влагалища

Наиболее известный метод коррекции данной патологии – вагинопластика.

Известные многочисленные методы создания влагалища могут быть разделены на 3 группы: бескровные; предусматривающие заполнение канала, образуемого в ректовезикальной клетчатке кожей, брюшиной малого таза или аллопластическими материалами; а также связанные с перемещением отдела кишки в пузырно-прямокишечное пространство.

Известен бескровный метод формирования искусственного влагалища с использование кольпоэлонгатора, предложенный Шерстневым Б.Ф. (1987 г.). В данном способе используется аппарат, действие которого основано на способности тканей растягиваться при постепенном регулируемом давлении. Простота способа позволяет проводить его в амбулаторных условиях, однако небольшая эффективность коррекции является безусловным недостатком способа, созданное углубление возвращается к преддверию влагалища, стенки при этом недостаточно увлажнены.

Известен кишечный кольпопоэз, каждый метод которого предполагает резекцию участка кишки, восстановление проходимости кишечника, низведение резецированного участка на сосудистой ножке по заранее созданному каналу в ректовезикальном пространстве и фиксацию его к ране промежности.[25,1]

Коррекция удвоения матки и влагалища

Лечение назначается только после подтверждения диагноза врачом-специалистом.

Коррекция удвоения матки и влагалища включает в себя динамическое наблюдение и хирургическое вмешательство.[11,1]

Хирургическая тактика в случае полного удвоения матки и частичной аплазии одного влагалища показана в случаях нарушения оттока менструальной крови. При этом, в ходе влагалищного этапа, производится рассечение стенок влагалища с формированием сообщения между функционирующей и замкнутой полостями, вскрытие и дренирование гематокольпоса, санация влагалища. На лапароскопическом этапе уточняется взаиморасположение маток, осуществляется опорожнение гематометры и гематосальпинкса, санация брюшной полости.

При атрезии гимена под местной анестезией выполняется Х-образное рассечение девственной плевы и устранение гематокольпоса.

Выявление добавочного замкнутого рога хирургическая гинекология рассматривает как показание к экстирпации рудиментарной матки лапароскопическим доступом с сохранением яичника и маточной трубы. Наличие внутриматочной перегородки является показанием к меторопластике только при нарушении репродуктивной функции.

При удвоении матки с полной или частичной аплазией обоих влагалища применяются различные методы кольпоэлогации и брюшинного кольпопоэза.[10,1]

**2.3. Меры профилактики аномалий развития женских половых органов**

Некоторые, но не все описанные аномалии могут закладываться еще в процессе эмбрионального развития. У пациенток с мюллеровой агенезией обнаруживают проблемы со слухом. У больных с мюллеровыми аномалиями чаще отмечают нарушения слуха по сравнению с теми, у кого мюллеровы структуры развиваются нормально. Пороки развития половых органов могут сочетаться с аномалиями почек и опорно-двигательного аппарата. Отклонения в формировании и развитии почек отмечают у 40% таких пациенток. Возможны полная агенезия почки, неправильное расположение и изменения ее структуры. Отклонения в развитии костного скелета отмечают в 12% случаев. Это, прежде всего, дефекты позвоночного столба, конечностей и ребер. Пациенток с аномалиями гениталий необходимо обследовать на наличие сопутствующих аномалий.[12,1]

Причины аномального развития внутренних половых органов женщины еще не достаточно изучены. Но большинство гинекологов сходятся во мнении, что происхождение патологии обусловлено следующими факторами:

1. Генетическим. Сбои происходят на уровне формирования хромосомного набора, определяющего дифференцирование женских и мужских половых признаков. Доказано, что наследование синдрома Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера обусловлено аутосомно-доминантным типом. Но, мутация какого гена приводит к патологии, до конца не выяснено.
2. Внутренним. Дефект развития соединительной ткани зародыша (мезодермальной паренхимы) возникает в результате снижения выработки гормонов (дискорреляции) и недополучения эмбрионом ферментов определенной группы, вследствие неполноценного питания.
3. Этногенетическими. К ним относятся механические травмы, негативные воздействия окружающей среды (например, работа будущей матери на предприятии с вредными условиями труда), повышенные физические нагрузки, недостаток сна и неполноценный отдых, стрессы и т.д.
4. Инфекциями и тяжелыми хроническими заболеваниями в критический период, приводящими к снижению выработки MIS (биологически активной субстанции), обеспечивающей нормальное развитие протоков Мюллера.[9,1]

Не своевременные диагностика и лечение аномалий развития половых органов могут повлечь за собой серьезные последствия и осложнения, такие как:

1. Невозможность половой жизни;
2. Скопление менструальной крови во внутренних органах;
3. Инфекционные осложнения (образование полостей с гноем в органах половой системы);
4. Невынашивание беременности (выкидыши и преждевременные роды);
5. Бесплодие.[15,1]

В профилактике аномалий развития женских половых органов большое значение имеют предупреждение заболеваний в детском возрасте и в период полового созревания, правильное питание, гимнастика и спорт, регулярное пребывание на свежем воздухе. Не подлежит сомнению роль физкультуры во время беременности и после родов, особенно упражнений, способствующих укреплению брюшного пресса и мышц тазового дна. Необходимо стремиться к предотвращению осложнений беременности и родов. Большое значение имеют своевременное и правильное зашивание разрывов промежности после родов, борьба с родовым травматизмом. Для каждой женщины необходимо определять целесообразный вид работы и не допускать нарушения условий труда.[26,1]

Комплекс профилактических мероприятий

Предотвращение развития пороков половых и других органов у ребенка включает соблюдение следующих мер предосторожности во время беременности:

1. Полное обследование женщины на ТОRCH-инфекции (корь, краснуху, токсоплазмоз, вирусный гепатит, сифилис, заболевания, передающиеся половым путем и другие);
2. Профилактику заражения инфекционными заболеваниями во время беременности;
3. Отказ от вредных привычек;
4. Контролируемый прием медицинских препаратов и только после назначения их врачом;
5. Полноценное питание;
6. Достаточное пребывание на свежем воздухе;
7. Безукоризненное выполнение всех рекомендаций врача во время беременности.[27,1]

Выводы:

Исходя из изученной литературы, можно сделать вывод, что своевременная или даже ранняя коррекция аномалий развития женских половых органов позволяет предотвратить развитие ряда серьезных осложнений. Благодаря современным методам коррекции, удается восстановить в некоторых случаях, репродуктивное здоровье женщины, а именно способность к зачатию и вынашиванию ребенка, а также возможность жить половой жизнью. Это дает женщине возможность преодолеть психологические трудности и стать полноценным членом общества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе написания данной курсовой работы был произведен анализ статистических данных, современные методы диагностики и коррекции аномалий развития женских половых органов.

Аномалии развития женских половых органов характеризуются не только специфической симптоматикой, структурными и функциональными нарушениями, а так же, отрицательным влиянием на социальный и психологический статус пациенток.

***Выводы:***

1. Проанализировав данные статистики, было установлено, что аномалии развития женских половых органов встречаются более чем у 3% женщин в мире, что составляет 3 из 100 новорожденных девочек. Наиболее часто встречающейся аномалией оказалась атрезия матки и влагалища, на втором месте атрезия девственной плевы и заращение влагалища.
2. В ходе работы, мною была изучена клиническая картина аномалий развития женских половых органов, была выявлена их специфика. Наиболее характерными симптомами аномалий развития женских половых органов является болезненные и нерегулярные менструации, в случае с пороками, в результате которых нарушается проходимость менструальной крови, таких как атрезия девственной плевы и влагалища, наблюдается отсутствие менструаций. Кроме того, было установлено, что в ряде случаев, аномалии развития протекают бессимптомно, а именно при аномалиях строения и положения самой матки.
3. Изучив современные методы диагностики аномалий развития, было установлено, что наиболее информативными методами исследования являются ультразвуковое исследование органов малого таза и вагинография. Также, немаловажно ультразвуковое исследование во время беременности, так как оно позволяет вовремя диагностировать развивающиеся аномалии развития женских половых органов, а именно в эмбриональном периоде, что в свою очередь, позволяет предотвратить рад серьезных осложнений.
4. Было выяснено, что, благодаря современным методам коррекции, таким как Х-образное рассечение девственной плевы, при ее заращении, вагинопластика, при аплазии влагалища, удается восстановить репродуктивное здоровье женщины, а именно, способность к зачатию и вынашиванию ребенка, что в свою очередь, позволяет ей жить полноценной жизнью.

***Рекомендации:***

1)Вести здоровый образ жизни, для предотвращения развития аномалий женских половых органов, женщине, еще на этапе планирования ребенка.

2)Консультация генетика, в случае встречи аномалий развития женских половых органов у близких родственников, как по материнской, так и по отцовской линии.

3) Регулярно посещать гинеколога (не менее 2 раз в год), девочкам и женщинам, у которых ранее не диагностированы аномалии развития женских половых органов.

4)Избегать воздействия вредных факторов на организм во время беременности.

В ходе выполнения работы поставленная цель – изучение современных методов диагностики и коррекции аномалий развития женских половых органов была достигнута.

Список используемой литературы

1. Дзигуа М.В., Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни, учебник-М.: Издательство: ГЭОТАР-Медиа,2014год.,360с.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. И доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014.- 944 с.

Интернет источники

1. Медицинский портал «MEDUNIVER ГИНЕКОЛОГИЯ» - Электрон. дан. - [М.]. - URL: <http://meduniver.com/Medical/Ginecologia/86.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:8.03.2016)
2. Медицинский портал «ГутаКлиник» - Электрон. дан. - [М.]. - URL: <http://www.gutaclinic.ru/services/gynaecology/anomaliya-razvitiya-zhenskikh-polovykh-organov.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 11.03.2016)
3. Информационный портал «Акушерство и гинекология. Информация, консультации, диагностика и лечение.» - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://akushergynekolog.ru/load/anomalii/poroki_razvitija_zhenskikh_polovykh_organov/11-1-0-404> , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 1.03.2016)
4. Интернет – журнал « Woman adwice.ru» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:<http://womanadvice.ru/reproduktivnoe-zdorove-zhenshchiny>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 1.03.2016)
5. Медицинский портал « Красота и Медицина» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:<http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/labial-adhesion> , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:20.03.2016)
6. Интернет - энциклопедия «Википедия» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:[https://ru.wikipedia.org/wiki/](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D1%85%D0%B8%D0%B8_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D1%85_%D0%B3%D1%83%D0%B1), свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:8.03.2016 )
7. Интернет - журнал «Интимная медицина» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:<http://intimatehealth.ru/ginekologiya/malenkaya-matka-seksualnaya-zhizn-pod-ugrozoj.html> , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 29.03.2016)
8. Медицинский портал « Красота и Медицина» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:[http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gynaecology/double-uterus#proc](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/double-uterus%23proc) , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:24.032016)
9. Всероссийский медицинский портал «Online диагноз» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:<http://online-diagnos.ru/illness/d/udvoenie-tela-matki-s-udvoeniem-sheyki-matki-i-vlagalischa>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 26.03.2016)
10. Медицинский портал «MEDUNIVER ГИНЕКОЛОГИЯ» - Электрон. дан.-[М.].-URL: <http://meduniver.com/Medical/Ginecologia/aplazia_matki_i_vlagalicha.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:29.03.2016)
11. Интернет - энциклопедия «Википедия» - Электрон. дан. - [М.]. - URL:[https://ru.wikipedia.org/wiki/](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F_%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D1%85_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2), свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 1.03.2016)
12. Медицинский портал «MEDUNIVER ГИНЕКОЛОГИЯ» - Электрон. дан.-[М.].-URL: <http://meduniver.com/Medical/Ginecologia/udvoennaie_matki_i_vlagalicha.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 11.03.2016)
13. Медицинский портал «lookmedbook.ru» » - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://lookmedbook.ru/disease/anomalii-zhenskih-polovyh-organov> , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:29.03.2016)
14. Информационный портал «subscribe.ru. Секреты здоровья. Ответы на самые актуальные вопросы» - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://subscribe.ru/archive/science.health.kak/201305/13081535.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:1.03.2016)
15. Русский национальный ресурс «supercook.ru» - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://supercook.ru/mother-baby/mother-baby-002.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 8.03.2016)
16. Медико- фармацевтический портал «webapteka.ru» - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://www.webapteka.ru/diseases/desc1262.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения:8.03.2016)
17. Медицинский сервер регионального значения «www.PiterMed.com » - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://www.pitermed.com/simptomy-bolezni/?cat=14&word=40813> , свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 14.03.2016)
18. Медицинский портал «MEDUNIVER ГИНЕКОЛОГИЯ» - Электрон. дан.-[М.].-URL: <http://meduniver.com/Medical/Ginecologia/prodolnaia_vlagalichnaia_peregorodka.html>, свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 24.03.2016 )
19. Медицинский портал «Эстетическая гинекология» » - Электрон. дан. -[М.].-URL: [http://www.womenplastica.ru/bol\_pri\_pervom\_sekse/Atrezija\_zaraschenie\_devstvennoj\_plevy\_gimena/,](http://www.womenplastica.ru/bol_pri_pervom_sekse/Atrezija_zaraschenie_devstvennoj_plevy_gimena/,%20) свободный. - Загл. с экрана. - Яз. рус. – (Дата обращения: 20.03.2016)
20. Образовательная сеть «Знание» - Электрон. дан. - [М.].-URL: [http://bib.social/ginekologiya\_1086/operatsiya-udaleniya-gipertrofirovannogo-85557.html,](http://bib.social/ginekologiya_1086/operatsiya-udaleniya-gipertrofirovannogo-85557.html,%20) свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения: 20.03.2016)
21. Сайт Лечебно- диагностического комплекса «Медгард» - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://www.medguard.ru/menleft/gin/aesthetic_gin.html> , свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения: 23.03.2016)
22. Портал медицинских лекций - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://medlec.org/lek-23517.html> , свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения:23.03.2016)
23. Интернет-портал «freepatent» » - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://www.freepatent.ru/patents/2186539> , свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения: 28.03.2016)
24. Файловый архив для студентов - Электрон. дан. - [М.].-URL: <http://www.studfiles.ru/preview/3070141/> , свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения: 29.03.2016)
25. Медицинский портал - Электрон. дан. - [М.].-URL: http://www.medclub.ru/med/disease/anomalies\_female\_genitals, свободный. – Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения: 29.03.2016)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1



