

Международный Казахско-Турецкий Университет им.
Ахмета Ясауи
Кафедра акушерства и гинекологии

Тема: Функция возрастная анатомия малого таза у
женщин. УЗИ диагностика опухолей матки.

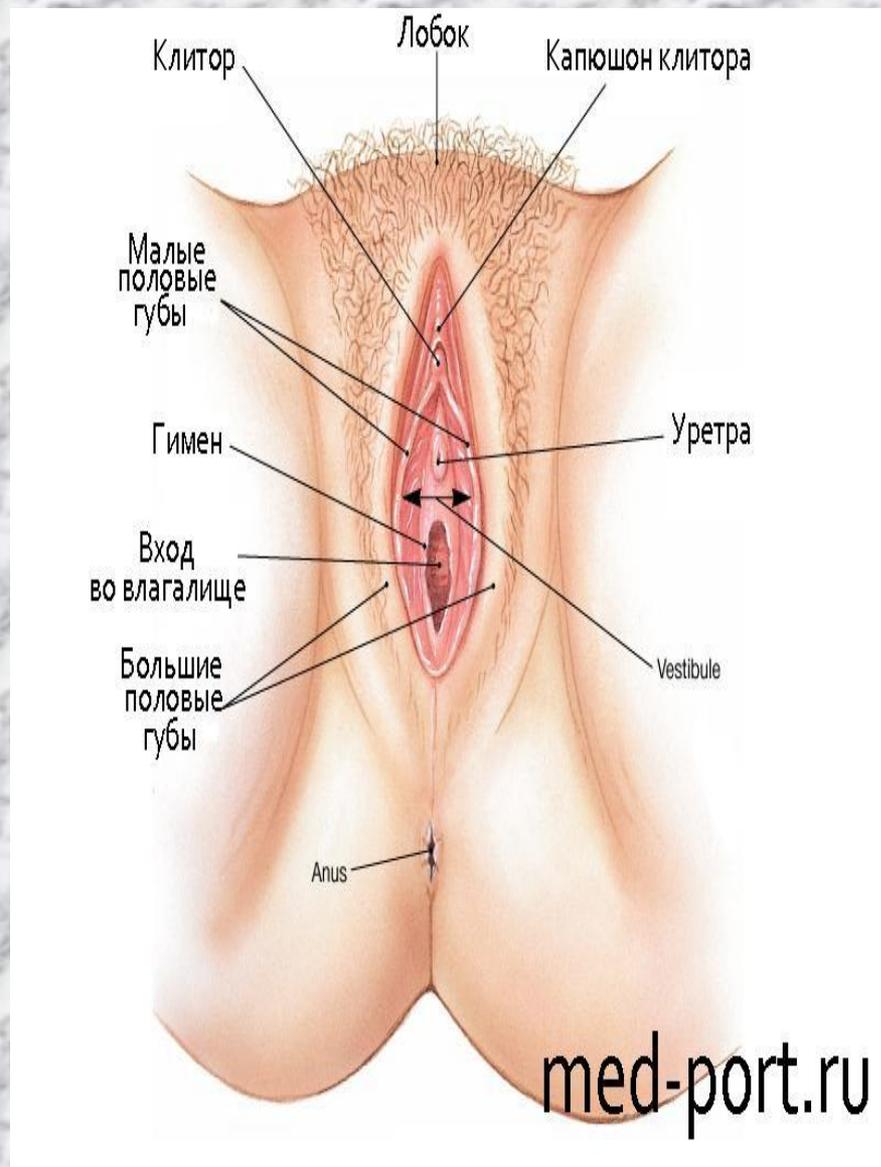
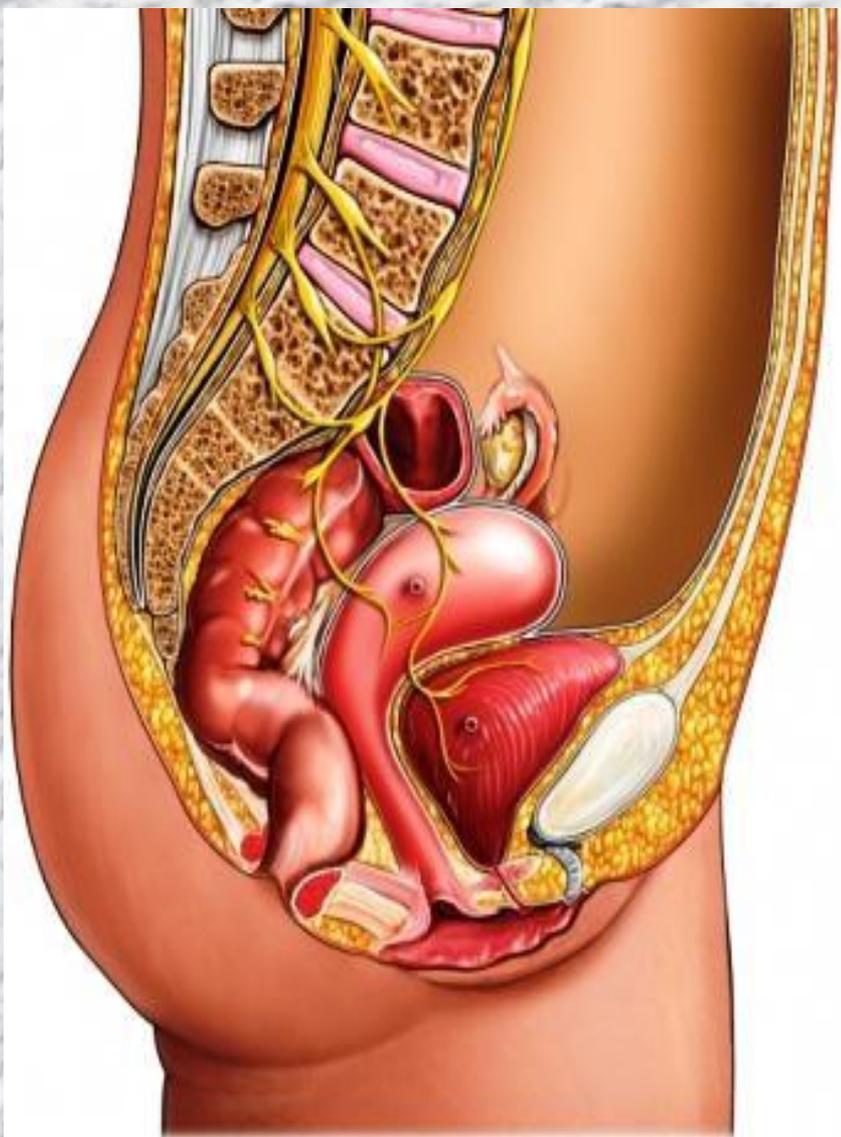
Приняла: Куаныш Тагаевич
Выполнила: Ештаева А.Ж.
Группа: АГ-605

Шымкент 2016г

Строение женских половых органов

Необходимо знать строение женских половых органов, их основное назначение, те изменения, которые происходят в организме женщины в норме вне беременности, во время беременности, после родов, а также при ряде гинекологических заболеваний.

Костный таз образует родовой канал, по которому происходит движение плода. Неблагоприятные условия внутриутробного развития, заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, могут привести к нарушению строения и развития таза. Таз может быть деформирован в результате травм, опухолей и другой патологии.



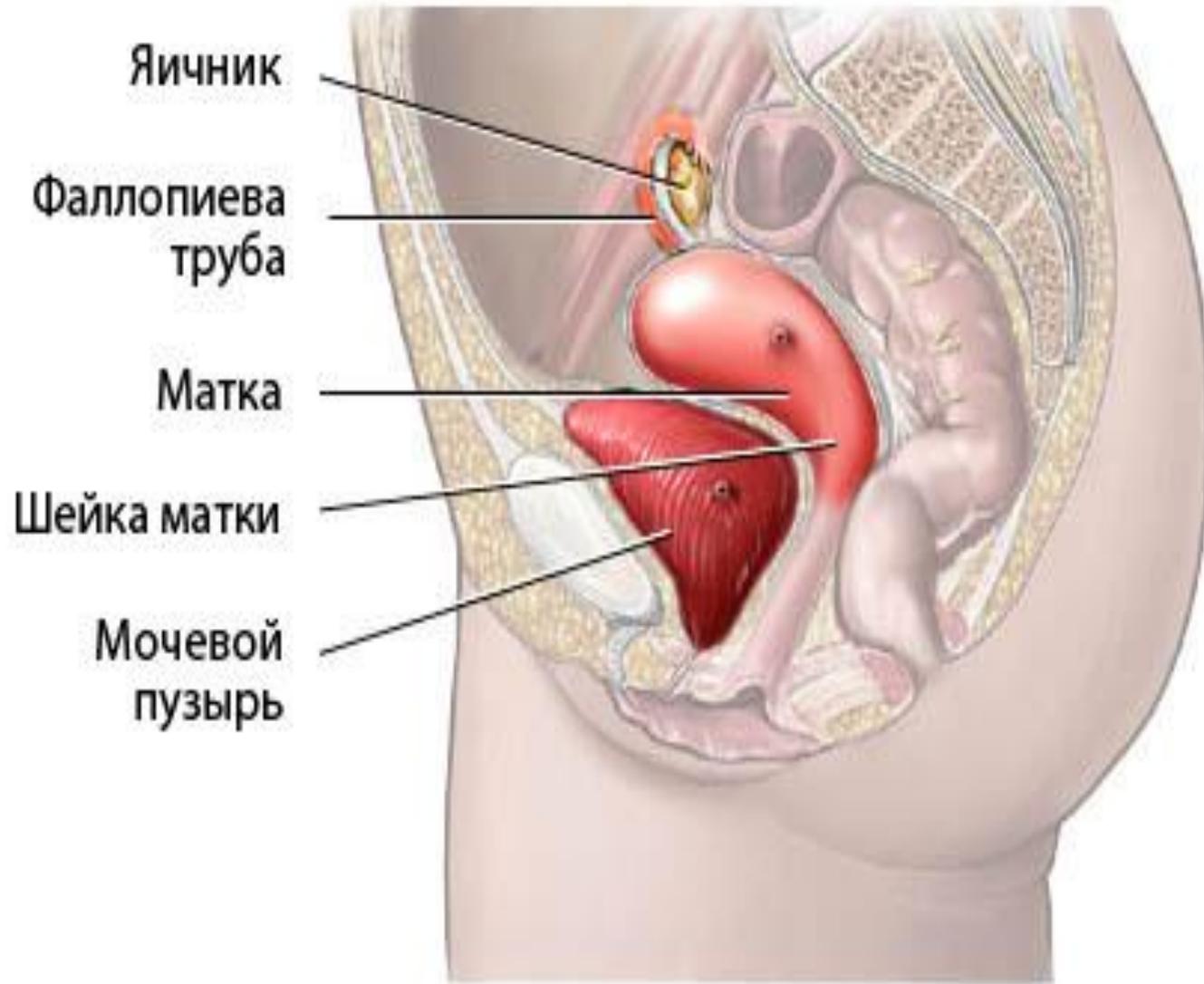
Женский таз

1 -- крестец; 2 -- крыло подвздошной кости; 3 -- передневерхняя ость; 4 -- передненижняя ость; 5 - ветлужная впадина; 6 -- запи-рательное отверстие; 7 -- седалищный бугор; 8 -- лобковая дуга; 9 -- симфиз; 10 -- вход в малый таз; 11 -- безымянная линия

Верхние и нижние ветви лобковых костей спереди соединяются друг с другом посредством хряща, образуя малоподвижное соединение, что позволяет несколько растянуться ему при беременности, увеличивая таким образом объем таза.

Крестец и копчик, состоящие из отдельных позвонков, образуют заднюю стенку таза.

Различают большой и малый таз.



Исследование таза

При нормальных размерах и форме таза ромб приближается к квадрату, при неправильном тазе форма и размеры его меняются.

Тазовое дно, образованное тремя слоями мышц и фасциями является опорой для внутренних половых органов и других органов брюшной полости. Несостоятельность мышц тазового дна может привести к выпадению половых органов, мочевого пузыря, прямой кишки.

Строение женских половых органов

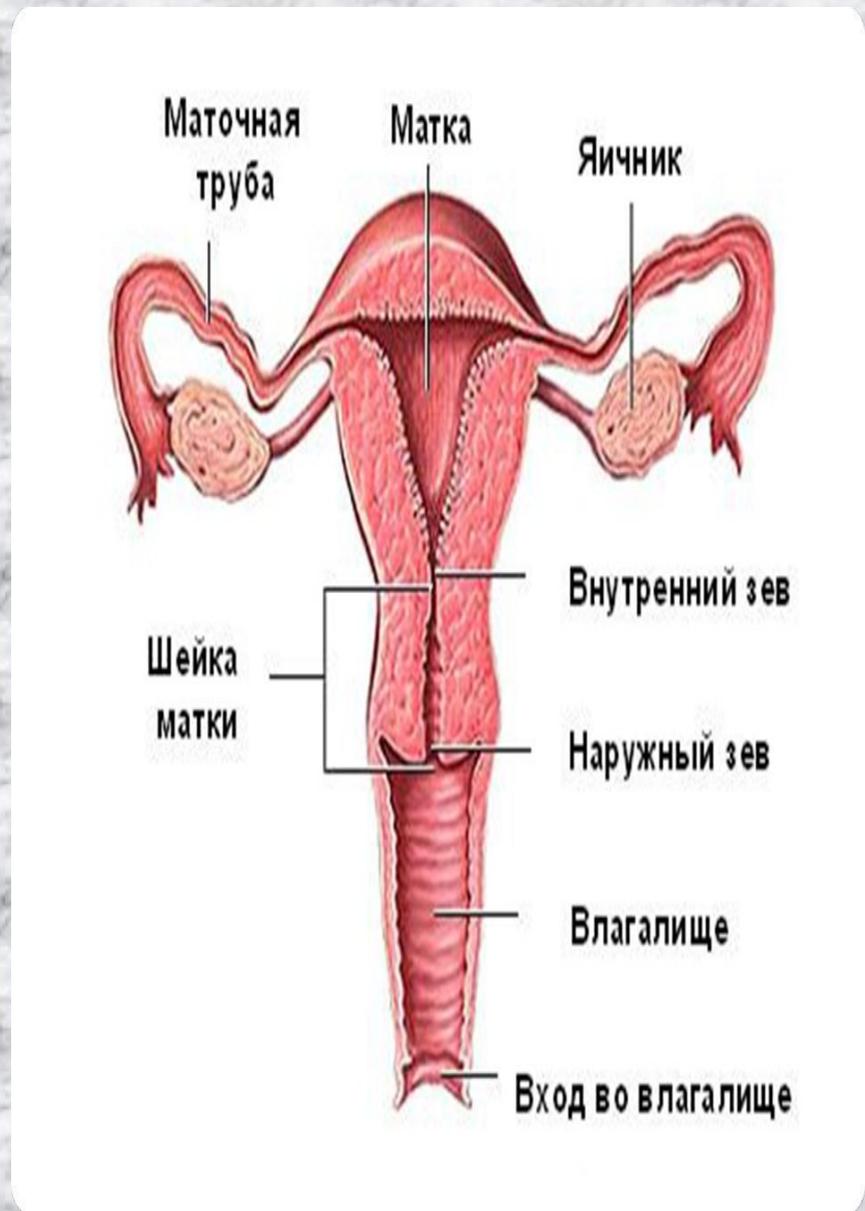
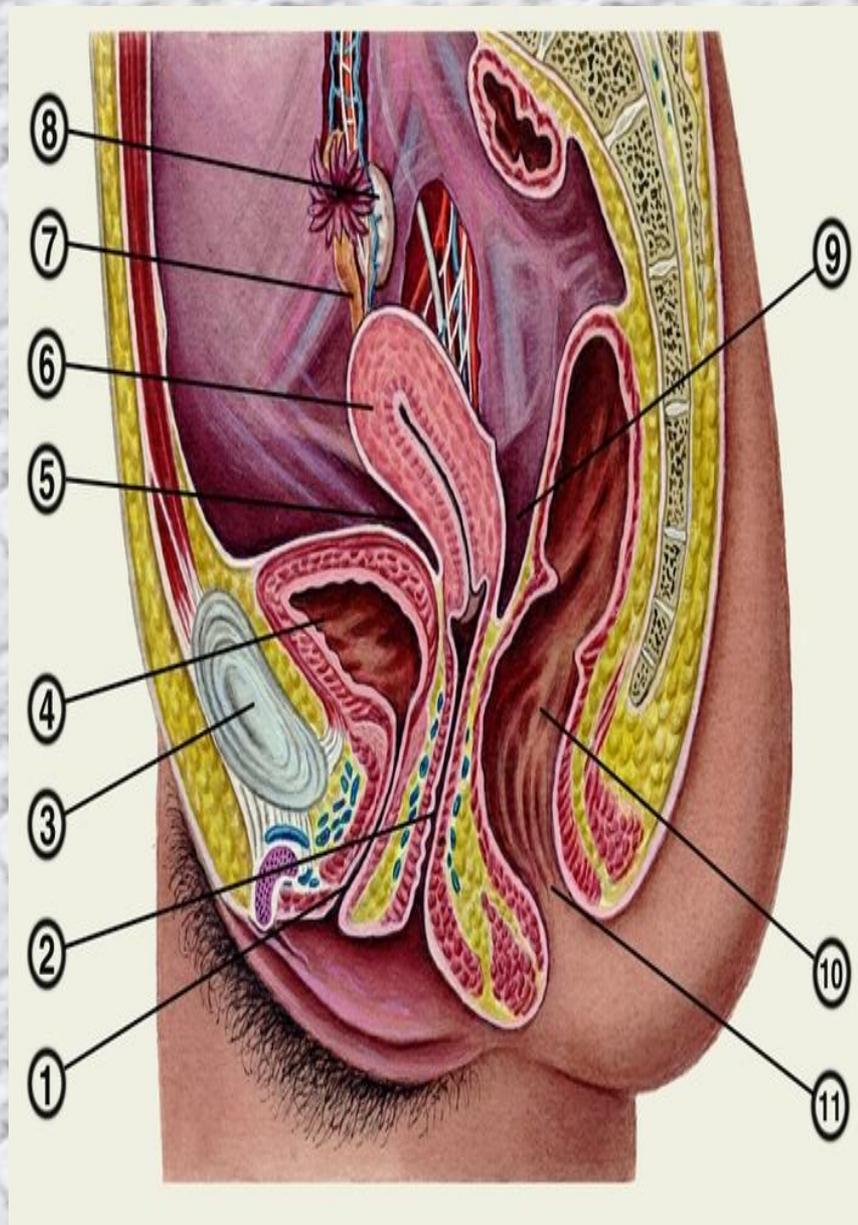
Половые органы делятся на наружные и внутренние.

К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, девственная плева, преддверие влагалища, лобок, железы преддверия влагалища.

Наружные половые органы принято считать органами полового чувства.

Лобок (*mons pubis*) -- представляет собой богатое подкожным жиром возвышение, располагающееся спереди и выше лобкового сочленения.

Верхней границей лобка является поперечная кожная бороздка -- надлобковая складка, справа и слева от лобка -- паховые складки, кзади лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами. Рост волос на лобке связан с деятельностью яичников и коры надпочечников.



Большие половые губы (*labia majora pudendi*) -- две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Спереди они переходят в кожу лобка, кзади постепенно сужаются и, соединяясь по средней линии, образуют заднюю спайку. Кожа на внешней поверхности покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы.

Внутренняя поверхность покрыта нежной розовой кожицей. Пространство между большими половыми губами называется половой щелью.

В толще половых губ заложены железы преддверия -- бартолиновы, вырабатывающие секрет. Железы располагаются в толще задних отделов больших губ, их выводные протоки открываются в борозде, образованной малыми половыми губами и плевой.

Пространство между задней спайкой и заднепроходным отверстием называется промежностью. Она представляет собой мышечно-фасциальную пластинку, покрытую снаружи кожей; на коже промежности заметна линия, идущая от задней спайки до заднего прохода -- шов промежности. Высота промежности снаружи 3--4 см. По направлению вглубь промежность сужается, так как влагалище и прямая кишка приближаются друг к другу.

Малые половые губы (*labia minora pudendi*) -- вторая пара продольных кожных складок. Они располагаются кнут-ри от больших половых губ вдоль основания последних. Спереди малые половые губы раздваиваются и образуют 2 пары ножек. Передняя пара, соединяясь по средней линии над клитором, образует складочку -- крайнюю плоть клитора. Вторая пара ножек, соединяясь под клитором, образует уздечку клитора. Кзади губы становятся ниже и сливаются с большими на уровне средней трети последних, богато снабжены сосудами и нервными окончаниями.

Клитор (*clitoris*) -- небольшое конусовидное образование, состоящее из 2 пещеристых тел

Преддверие влагалища (*vestidulum vaginal*) -- пространство, ограниченное спереди клитором, сзади задней спайкой половых губ, с боков внутренней поверхностью малых половых губ. Преддверия является плева (ее остатки). В преддверии открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез.

Девственная плева (*humer*) -- соединительно-тканная перепонка, закрывает вход во влагалище у девственниц.

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка и придатки матки (маточные трубы и яичники). Они являются органами деторождения.

Влагалище (vagina, colpos) -- растяжимая мышечно-фиброзная трубка длиной около 10 см. Оно несколько изогнуто, выпуклость обращена кзади. Верхним своим краем влагалище охватывает шейку матки, а нижним - открывается в преддверие влагалища.

Стенки влагалища состоят из трех оболочек: наружная (плотная соединительная ткань), средняя (тонкие мышечные волокна, идут в разных направлениях) и внутренняя (слизистая оболочка, покрытая множественными поперечными складками, которые наиболее всего выражены в детородном возрасте).

Матка (uterus) -- непарный полый орган, располагающийся в малом тазу между мочевым пузырем (спереди) и прямой кишкой (сзади). Длина матки колеблется от 6,0 до 7,5 см, из которых на шейку матки приходится 2,5-3 см. Ширина в области дна -- 4-5,5 см, толщина стенок -- 1-2 см. Матка спереди назад имеет форму сплюсненной груши. В ней различают дно, тело и шейку.

Дно матки -- верхняя часть, выступающая выше уровня вхождения в матку маточных труб. Тело матки имеет треугольное очертание, суживаясь постепенно по направлению к шейке. Шейка является продолжением тела. В ней различают влагалищную часть и верхний отрезок, примыкающий к телу. Внутри шейки матки проходит цервикальный канал, открывающийся во влагалище наружным, а в полость матки - внутренним зевом.

В области углов основания матки в ее полость открываются маточные трубы. На границе между телом матки и шейкой располагается перешеек матки, из которого во время беременности формируется нижний сегмент. Стенка матки состоит из трех основных слоев. Наружный слой представлен брюшиной, являющейся ее серозной оболочкой. Средний слой -- мышцы, составляющие главную часть стенки. Мышцы переплетаются в различных направлениях (продольном, поперечном и косом). Они во время беременности гипертрофируются, и за счет этого вес матки достигает одного килограмма. Особенно мощная мышечная прослойка в теле матки, внутренний слой матки представляет слизистую оболочку, так называемый эндометрий (функциональный и базальный слои).

Маточные трубы отходят от боковых поверхностей дна матки с обеих сторон (*tuba uterina*, *tuba Fallopii*). Это парный трубчатый орган длиной 10-12 см. Трубы заключены в складку брюшины, составляющую верхнюю часть широкой маточной связки и носящую название «брыжейка трубы». Маточная труба имеет следующие отделы: маточная часть (в толще матки), перешеек (в складке брюшины) и ампула маточной трубы (расширенная часть трубы, обращенная в брюшную полость). Концы трубы называются воронкой трубы.

Края воронки снабжены многочисленными отростками различной длины и формы (бахромки). Одна из бахромок тянется в складке брюшины до яичника. Просвет трубы уменьшается по мере приближения к матке (1 см), а у воронки он расширен до 6-8 см. Снаружи труба покрыта соединительно-тканной оболочкой, под нею - мышечная (продольный и поперечный слои) оболочка. Следующий, внутренний, слой представлен слизистой оболочкой, выстланной мерцательным эпителием, имеющим складки.

Яичники (ovarium) -- парный орган, являющийся женской половой железой. Это овальное тело длиной 2,5 см, шириной 1,5 см, толщиной 1 см. В нем различают две поверхности и два полюса. Верхний край яичника, закругленный, обращен к маточной трубе. Один полюс яичника соединен с маткой собственной связкой. Вторым полюсом обращен к боковой стенке таза. Свободный край яичника смотрит в брюшную полость. Другим краем яичник прикреплен к заднему листку широкой связки. В яичнике имеется корковый и мозговой слои. В корковом слое созревают фолликулы, в мозговом проходят сосуды и нервы. Сверху яичник окутан эпителиальным покровом, под которым расположена белочная оболочка.



СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ

Способ может быть использован в медицине, а именно в диагностике доброкачественных опухолей матки (миом, фибромиом). При сомнительных результатах ультразвукового исследования матки, произведенного по известной методике с целью диагностирования в матке доброкачественной опухоли, назначают окситоцин (сокращающее матку средство), в дозе 5 ЕД (единиц действия). Препарат вводится внутримышечно однократно, и через 5 мин после введения окситоцина, когда начинаются сокращения матки, производят повторное ультразвуковое исследование датчиком с частотой 4,5 МГц, который дает лучшую визуализацию матки при данной методике ее исследования. Способ повышает точность и надежность ультразвуковой диагностики доброкачественных опухолей матки (миом, фибромиом). 4 ил.

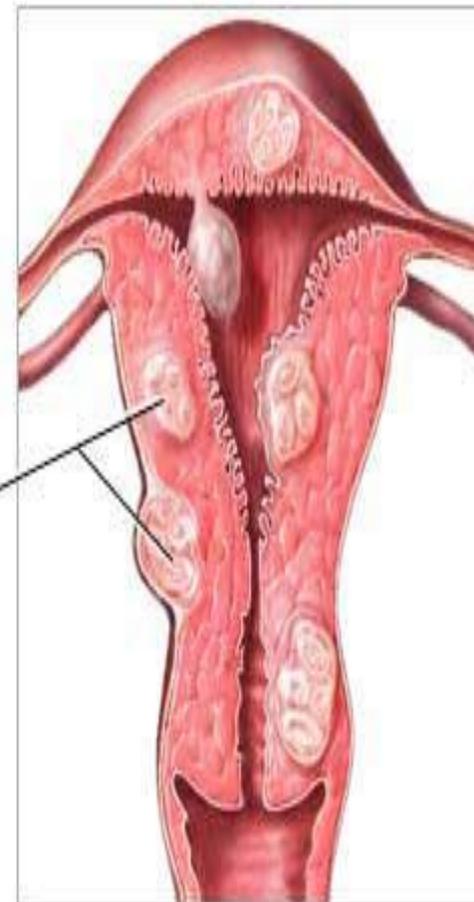
Изобретение относится к медицине, а именно к диагностике доброкачественных опухолей матки (миом, фибромиом) путем ее ультразвукового исследования, и может быть использовано для повышения точности и надежности ультразвуковой диагностики доброкачественных опухолей матки (миом, фибромиом).



Мазок на онкоцитологию.
Производится соскоб клеток
со слизистой оболочки шейки
матки и их последующим
изучением на предмет
рака и других
отклонений.

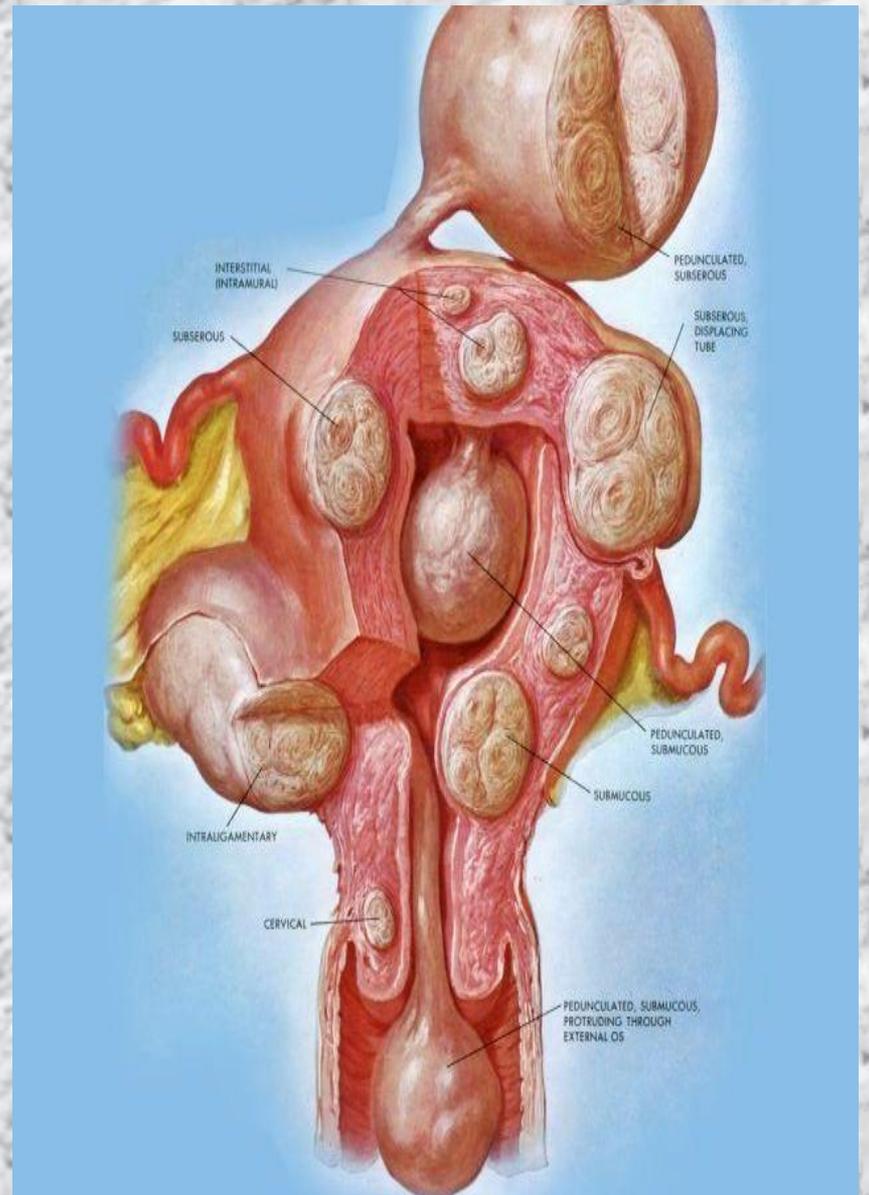
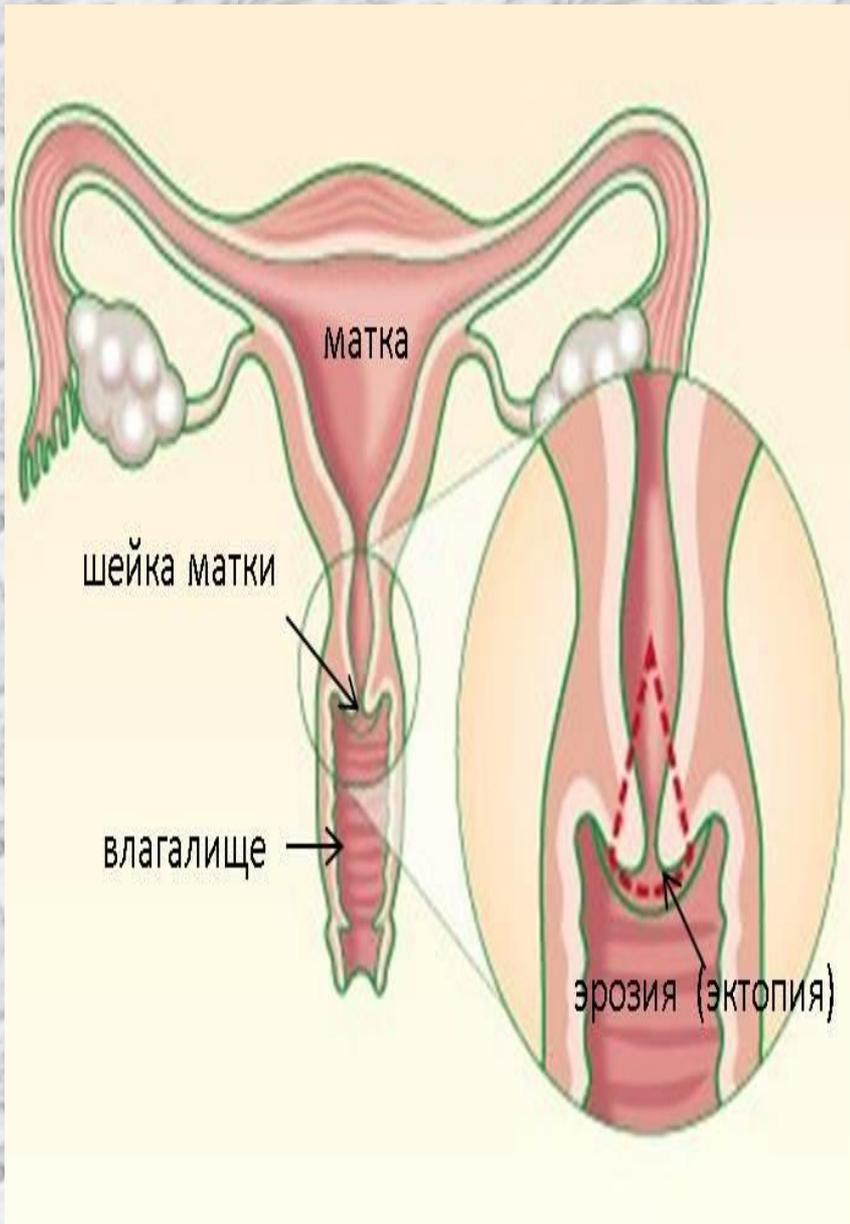


Пациентка находится в
литотомическом положении.
Шейка матки обнажена с
помощью расширителей.



Опухоль матки

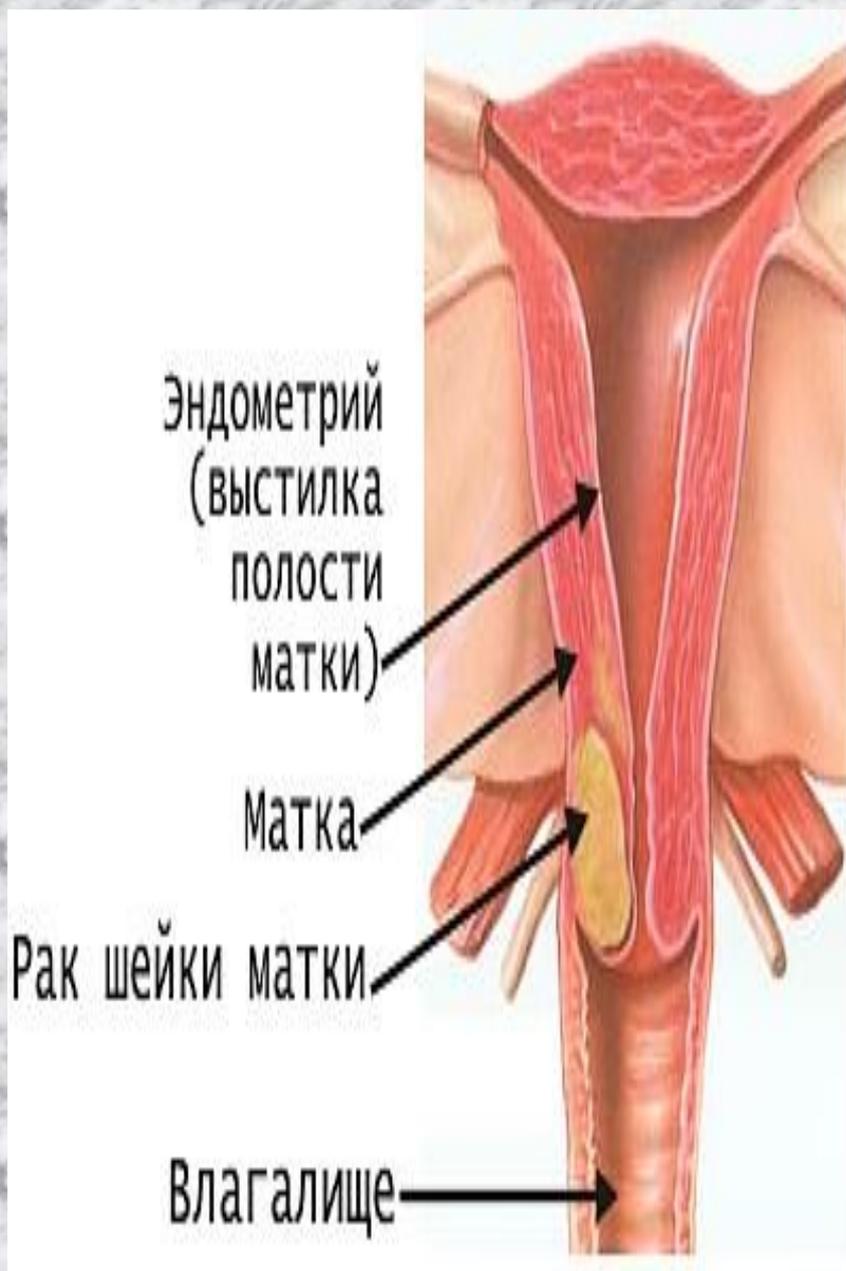
доброкачественные опухоли матки (миомы, фибромиомы) являются одной из самых распространенных опухолевых процессов в матке, встречающиеся практически у каждой пятой женщины в возрасте после 30-40 лет. При этом следует отметить, что истинная частота этих опухолей значительно выше, так как выявить миомы (фибромиомы) матки в ранних стадиях развития опухоли при обычном гинекологическом исследовании достаточно трудно. О высокой клинической значимости этой патологии матки свидетельствует и тот факт, что более 40 % больных в хирургических гинекологических стационарах оперируются по поводу миом (фибромиом) матки. Наличие этих опухолей при беременности приводит к высокой частоте генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин, осложняет течение беременности и родового акта. В то же время ошибки диагностике доброкачественных опухолей матки при гинекологическом, рентгенологическом и ультразвуковом исследовании достаточно часты и по данным И.С. Краевской могут иметь тяжелые последствия для больных примерно в 20% случаев. Существует особый способ диагностики доброкачественных опухолей матки (миом, фибромиом), заключающийся в проведении ультразвукового исследования матки (УЗИ) с использованием ультразвуковых датчиков частотой 3,5; 4,5 МГц. При этом исследовании точность диагностики миом (фибромиом) матки колеблется от 61 до 95 %, составляя в среднем 80-88%



Указанный способ ультразвуковой диагностики доброкачественных опухолей матки имеет в своей основе УЗИ матки в 1-й или 2-й фазах менструального цикла без фармакологической стимуляции ее сократительной способности. Однако этот способ диагностики миом (фибромиом) матки обладает следующими серьезными недостатками.

1. удаленность от ультразвукового датчика отдельных участков тела матки, в частности, задней ее стенки или дна ретрофлексированной матки, может вследствие неоднородности акустического строения этих участков, привести при УЗИ матки вне ее сократительной активности как к ложноположительным, так и к ложноотрицательным результатам диагностики доброкачественных опухолей матки, особенно миом (фибромиом) субсерозной и субсерозно-интрамуральной локализации;

2. затруднена ультразвуковая диагностика позадидаточных миоматозных узлов, имеющих нередко эконегативную внутреннюю структуру, напоминающую жидкостные образования. При этом опять-таки отсутствие сократительной активности матки в момент ее ультразвукового исследования не позволяет достоверно контурировать предполагаемый миоматозный узел по задней стенке матки;



3. значительные трудности в дифференциальной ультразвуковой диагностике субсерозных миоматозных узлов и плотных опухолей яичников, прилежащих к телу матки. В этих случаях также отсутствие "кинетики" (подвижности) матки в момент ее ультразвукового исследования не позволяет в большинстве случаев разобраться с принадлежностью контуров морфологических структур к собственно телу матки или яичников. (Демидов В.Н., Зыкин Б.И. - Ультразвуковая диагностика в гинекологии - М.: Медицина, 1990 - 224 с.). Таким образом, ультразвуковое исследование матки, производимое с целью диагностики доброкачественных опухолей в ней (миом, фибромиом), является ценным методом диагностики указанной патологии, нуждающимся в дальнейшем усовершенствовании

Литературы

1. Р.Р. Рахимов, Л.М. Тухватуллина, Л.К. Малышев, Л.П. Дорохина - Беременность и роды у больных с миомой матки, Казанский медицинский журнал - 1994. -т. 75. - N 6: 2.
2. Демидкин П.Н., Шнирельман А.И. - Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии / рук. для врачей/ - М.: Медицина, 1980.; Демидов В. Н., Зыкин Б.И. - Ультразвуковая диагностика в гинекологии - М.: Медицина, 1990 год.