

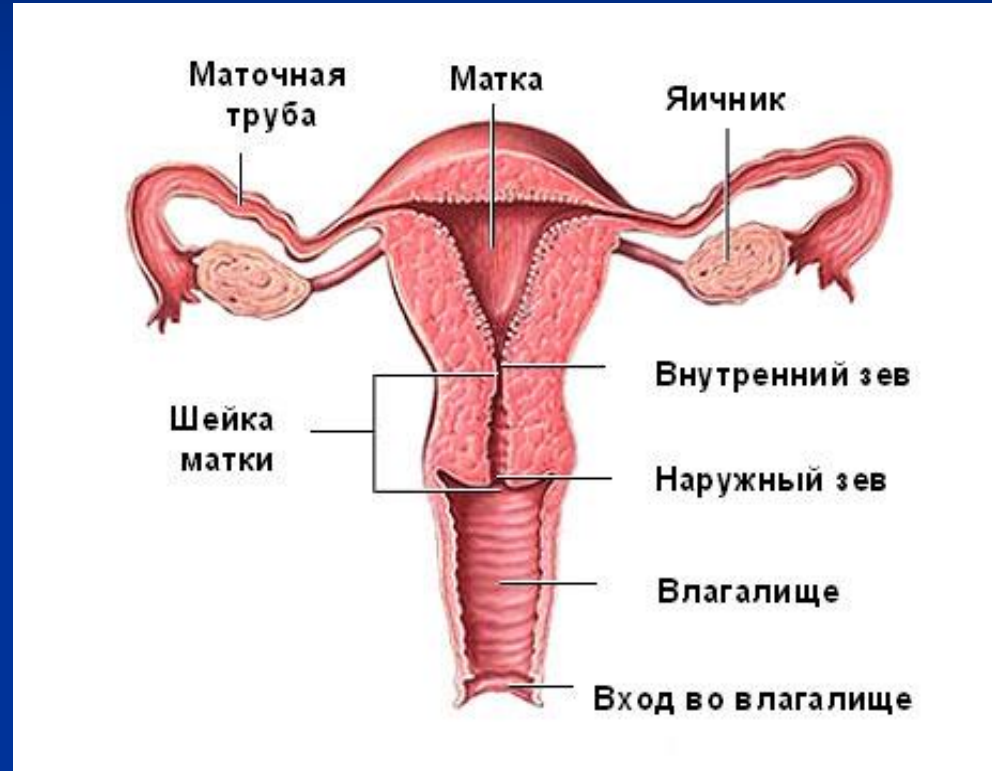
АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ,
НЕПРАВИЛЬНІ
ПОЛОЖЕННЯ
ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ
ОРГАНІВ.

Аномалії розвитку
жіночих статевих
органів



Аномалії розвитку статевих органів

■ це вроджені порушення анатомічної будови у вигляді незавершеного органогенезу, порушення розмірів, форми, пропорцій, симетрії, топографії, а також наявність утворень, що не властиві жіночому організму в постнатальний період;



- частота аномалій розвитку статевих органів становить 1% випадків, однак в останні роки спостерігається її зростання.



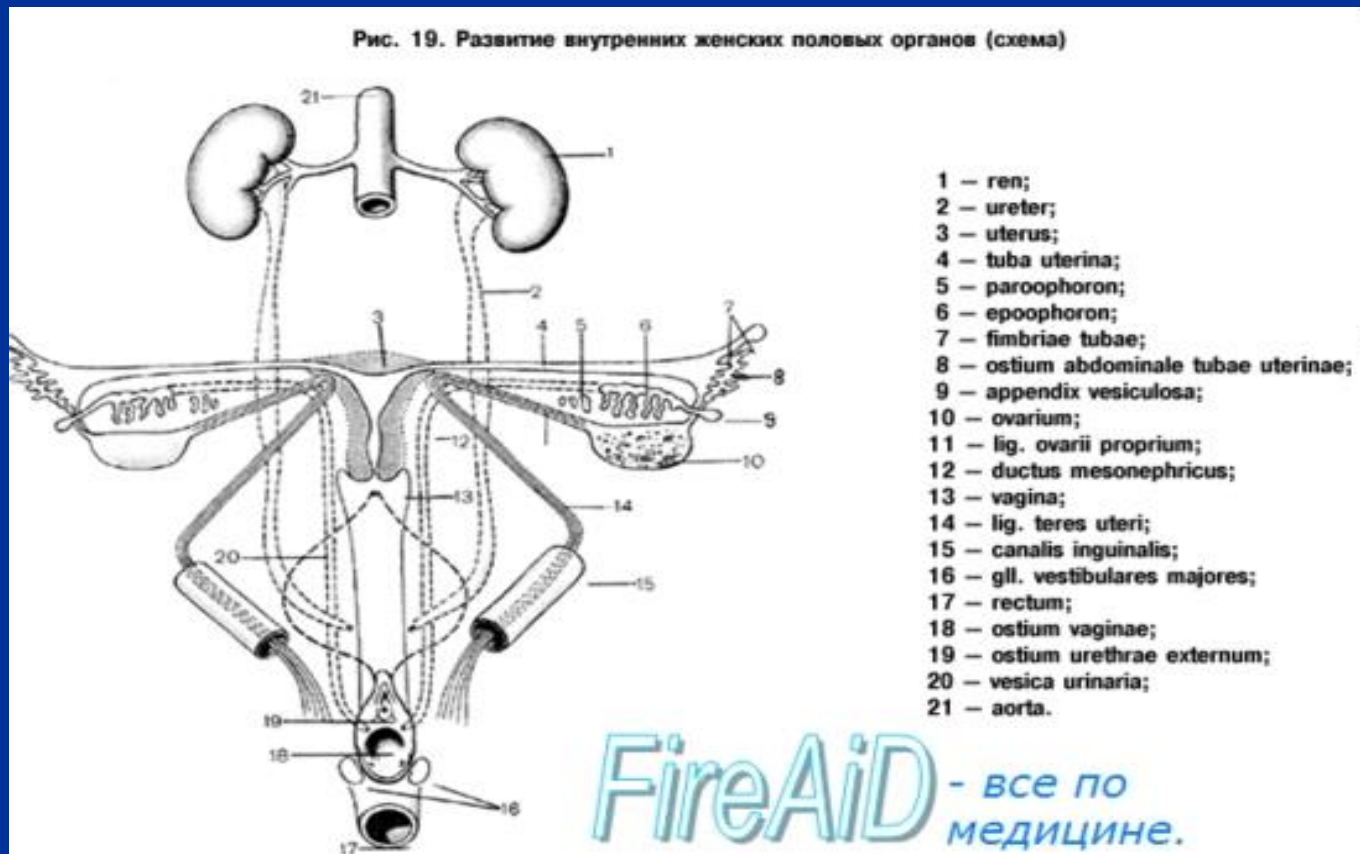
Етіологія

- серед причин розвитку аномалій статевих органів розрізняють:
 - ✓ ендогенні,
 - ✓ екзогенні,
 - ✓ спадкові,
 - ✓ мультифакторні;

- вади розвитку формуються в процесі ембріогенезу під впливом шкідливих факторів, що порушують процес ембріогенезу;
- до таких факторів належать:
 - захворювання матері (інфекційні, ендокринні);
 - інтоксикації (алкоголь, наркотичні та хімічні речовини);
 - радіація;
 - ускладнення вагітності та пологів;
 - спадкові чинники (хромосомні і генні мутації);
 - зовнішні чинники (стресові ситуації, психотравми, тривале голодування).

Патогенез

■ пов'язаний з порушенням злиття парамезонефральних (мюллерових) протоків, їх реканалізації, дефектами формування сечостатевої пазухи, а також патологією органогенезу гонад, яка залежить від особливостей розвитку середньої нирки і своєчасності міграції гоноцитів в ембріональний зачаток гонади.



- в 50% випадків формування статевих органів поєднується з іншими аномаліями (вадами сечової системи, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту та ін.)



Класифікація

- **1 група** - порушення статевого розвитку (інфантилізм);
- **2 група** - порушення статевого дозрівання;
- **3 група** - аномалії статевого диференціювання (дисгенезія гонад);
- **4 група** - анатомічні дефекти статевих органів.

Термінологія

- агенезія – відсутність органу;
- аплазія – відсутність частини органу;
- атрезія – відсутність або зарощування отвору або каналу;
- гінатрезія – зарощування певного відділу жіночої статеві системи;

- гіпоплазія – недорозвинення органу;
- дизрафія – відсутність зарощування або закриття частин органу;
- мультиплікація – збільшення кількості частин органу;
- гетеротопія або ектопія – розвиток органів або тканин в тих місцях, де вони в нормі відсутні.

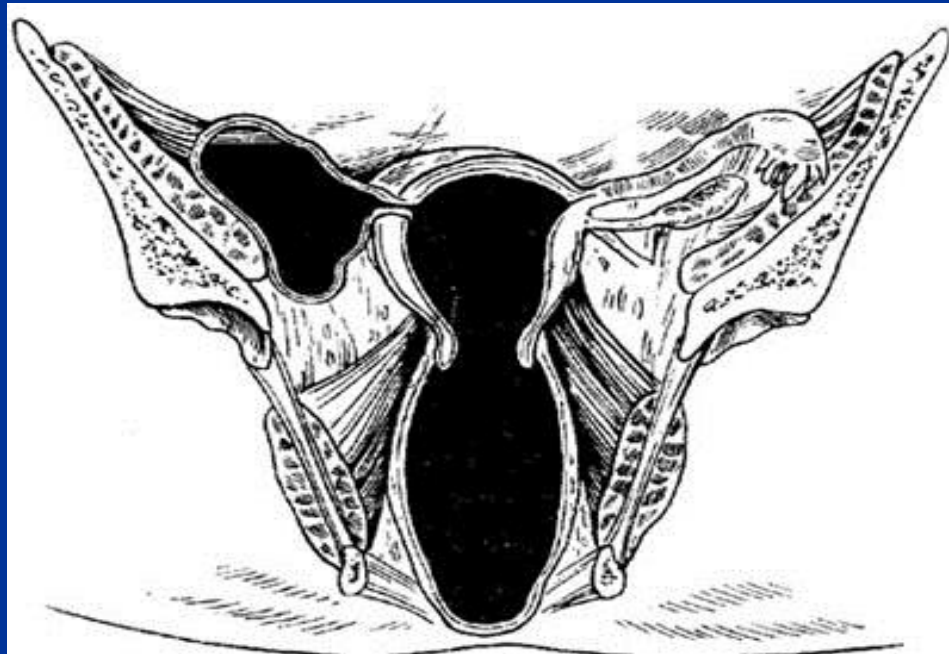
Аномалії розвитку дівочої пліви і вувльви

- при нормальному розвитку дівоча пліва має отвір для відтоку менструальної крові.

- зарощування дівочої пліви - один з найбільш поширених вроджених вад розвитку вувльви.



- патологія проявляється в період статевого дозрівання;
- під час менструації кров поступово заповнює піхву, матку і маткові труби; кров також може проникати в черевну порожнину, симулюючи клініку гострого живота;

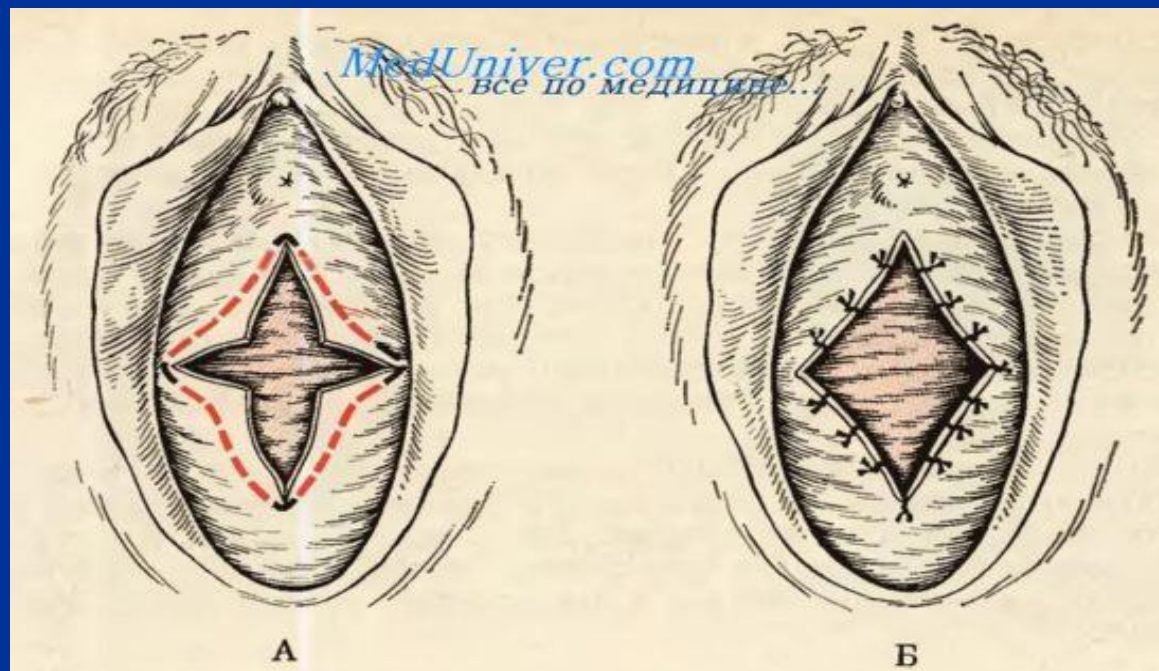


- клінічна картина характеризується періодичним болем внизу живота при відсутності менструацій (псевдоаменорея);
- при огляді зовнішніх статевих органів добре видно випинання розтягнутої дівочої пліви синьо-багряного кольору, відсутність в ній отвору.

- при ректоабдомінальному дослідженні хворої виявляють пухлиноподібне утворення еластичної консистенції в ділянці піхви, на верхівці якого розташована невелика щільна матка;
- в разі труднощі при постановці діагнозу застосовують УЗД;

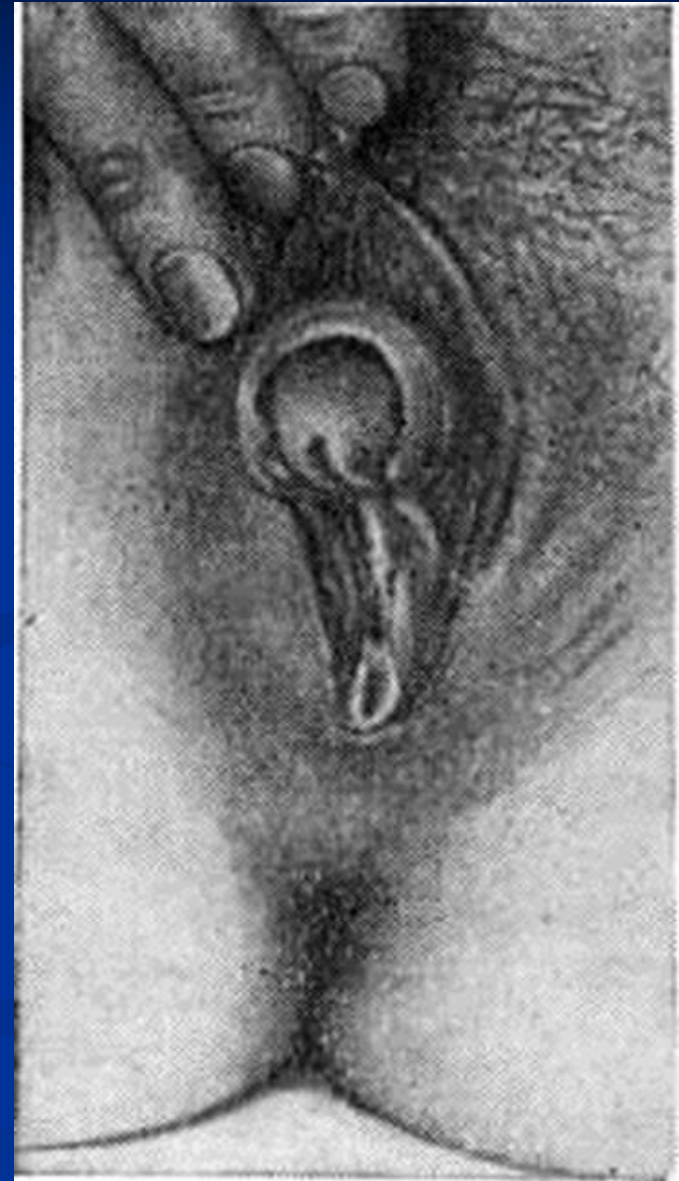


- хірургічне лікування полягає в забезпеченні відтоку менструальної крові, що зібралася, методом хрестоподібного розтину дівочої пліви; краї розрізу вшивають вузлуватими кетгуттовими швами.



Гермафродитизм (двостатевість)

- наявність чоловічих і жіночих статевих залоз у одного і того ж індивідуума;
- розрізняють істинний гермафродитизм і несправжній (псевдогермафродитизм).



- істинні гермафродити – особи з двома функціонуючими залозами обох статей (явище надзвичайно рідкісне) або з поєднанням в одній статевій залозі елементів яєчка і яєчника (овотестіс);

- псевдогермафродити – особи з статевими залозами однієї статі і зовнішніми статевими органами і вторинними статевими ознаками протилежної;
- в зв'язку з тим, що стать визначається виключно будовою статевих залоз розрізняють чоловічий і жіночий псевдогермафродитизм.

Псевдогермафродитизм

- при чоловічому псевдогермафродитизмі статеві залози чоловіча, а будова зовнішніх статевих органів наближається до жіночої;



Псевдогермафродитизм

- при жіночому - внутрішні статеві органи (яєчники, матка, піхва) сформовані правильно, клітор збільшений і нагадує чоловічий статевий член, великі статеві губи набувають вигляду калитки.



Жіночий псевдогермафродитизм

■ розвивається:

- на тлі вродженого адреногенітального синдрому;
- внаслідок прийому вагітною андрогенів або прогестерону в високих дозах;
- на тлі вірилізуючих пухлин надниркових залоз і яєчників;

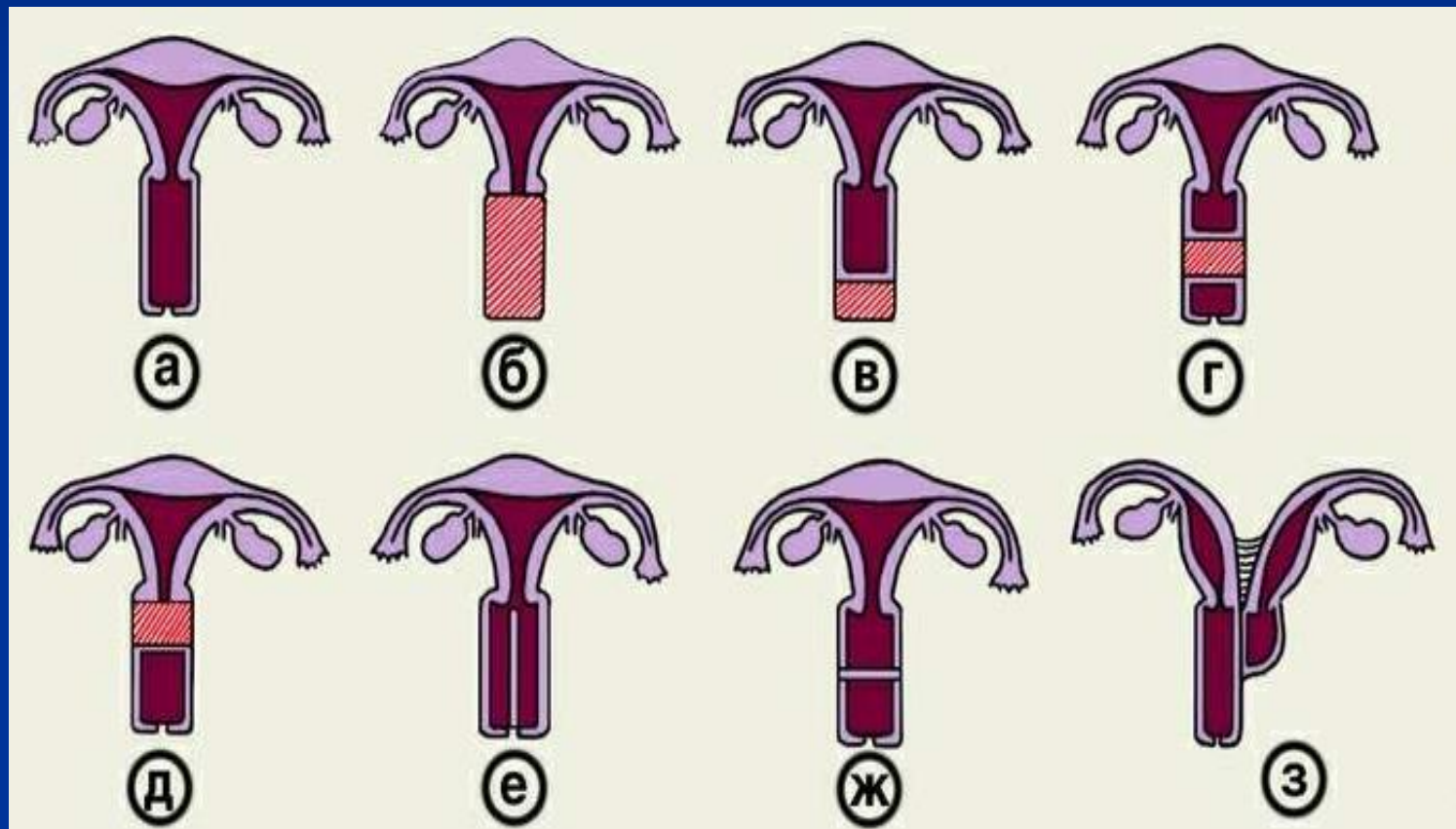
■ лікування:

- ампутація клітора і розсічення сечостатевої пазухи в поєднанні з терапією глюкокортикоїдами;
- видалення вірилізуючих пухлин.

Вади розвитку піхви

- можуть бути ізольованими або поєднуватися з дефектами розвитку матки;
- варіабельність аномалій розвитку піхви пов'язана з його формуванням з різних ембріональних зачатків: верхня його третина – з парамезонефральних протоків, що злилися, нижні дві третини – зі сечостатевої пазухи;

- аномалії розвитку піхви проявляються у вигляді атрезії, агенезії і аплазії.

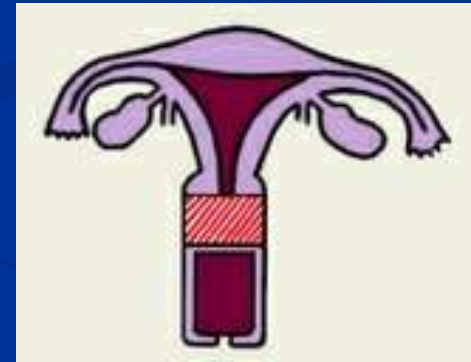
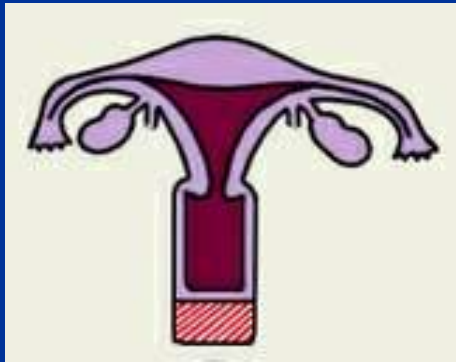


Атрезія піхви

- повне або часткове зарощення в верхньому, середньому або нижньому відділах;
- виникає на тлі сформованих парамезонефральних протоків, що не злилися з ектодермальною сечостатевою пазухою;

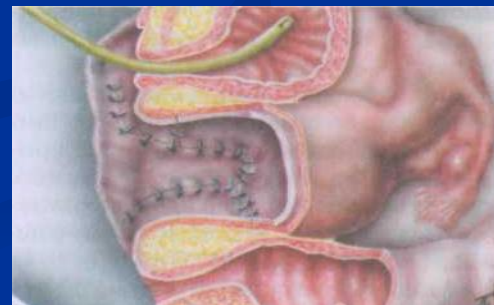
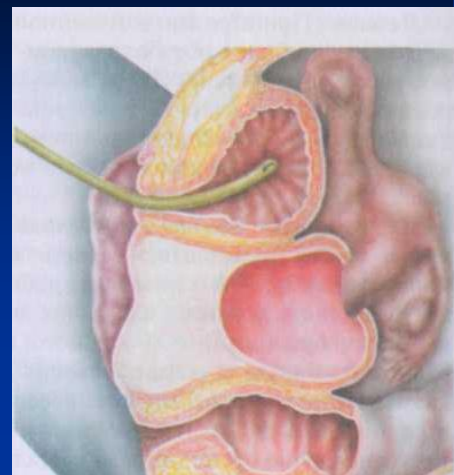
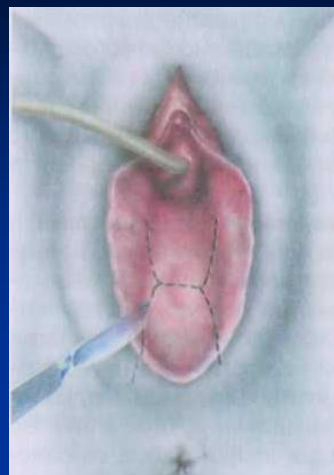
- серед клінічних проявів - періодичний біль внизу живота і відсутність менструацій; кров накопичується вище області атрезії, поступово заповнюючи порожнину матки, формується гематома;

- діагноз і рівень атрезії встановлюють методами ректального дослідження, УЗД і зондування піхви.



Лікування атрезії піхви

- лікування оперативне:
при атрезії нижньої
третьої частини піхви
розшаровують тканини
в області входу в неї,
розсікають нижній
купол піхви і
підшивають її слизову
оболонку до входу в
піхву;



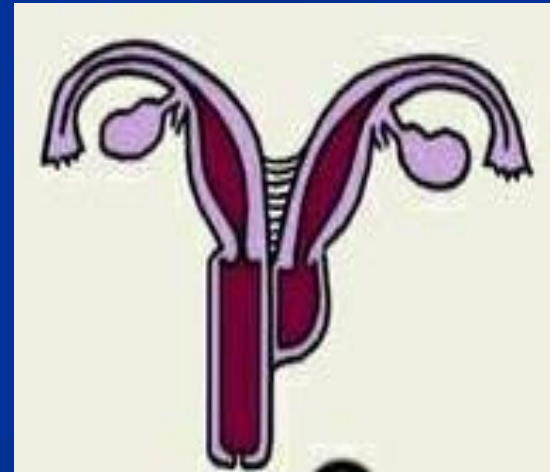
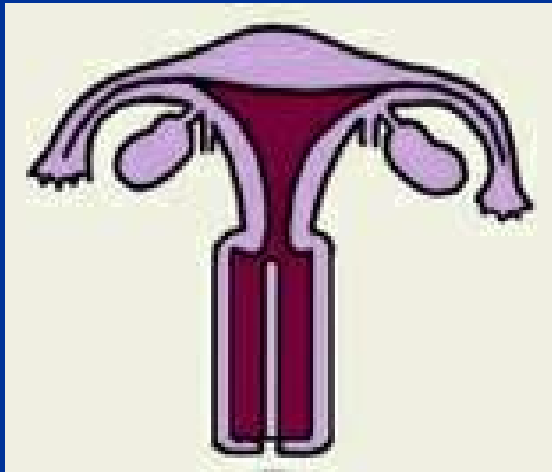
- якщо атрезія локалізується в середній третині піхви, то розсікають тканини між нижньою і верхньою його третиною і потім зшивають слизову оболонку цих ділянок.

- при атрезії верхньої третини піхви при відсутності вагінальних склепінь і розташуванні шийки матки в клітковині малого таза оперативне втручання дає найменший ефект; операція вважається ефективною в разі можливості спорожнення гематометри через канал шийки матки, з подальшим вшиванням її у верхній купол піхви.



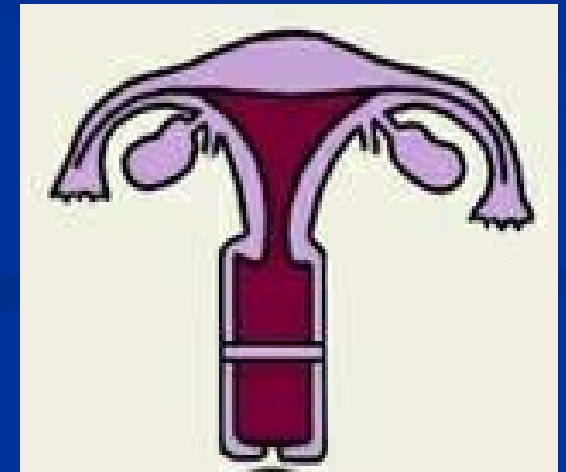
Перегородки піхви

- поздовжні вагінальні перегородки формуються внаслідок неповного злиття парамезонефральних протоків;



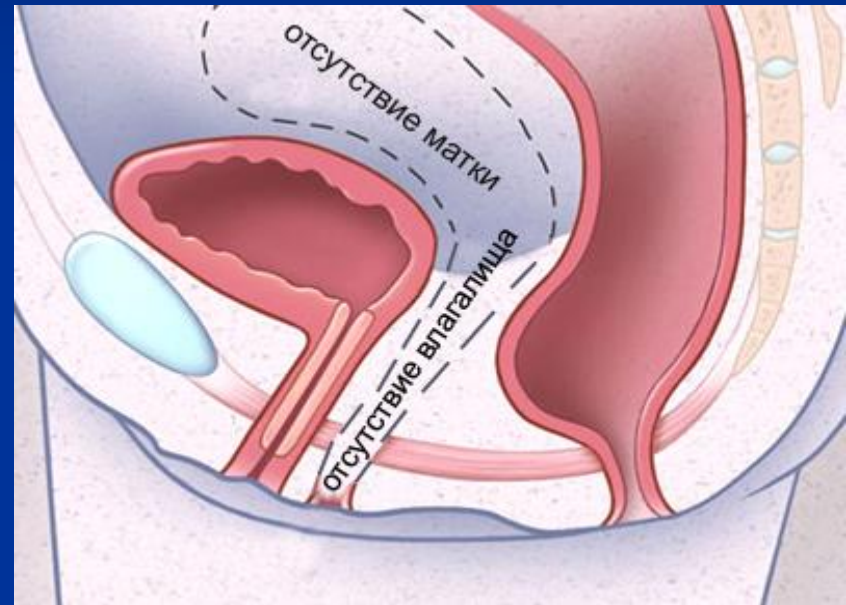
- перегородки, які досягають входу в піхву, поєднуються з аномаліями розвитку матки (подвоєння матки);
- іноді спостерігається атрезія одного боку піхви і менархе супроводжується розвитком гематокольпоса і гематометри, в цьому випадку виконують хірургічне розсічення або резекцію перегородки;

- поперечні перегородки піхви виникають на тлі неповного злиття парамезонефральних проток із сечостатевою пазухою; такі перегородки можуть бути повними або неповними, круговими або серпоподібними, локалізуватися в верхньому і середньому відділах піхви.



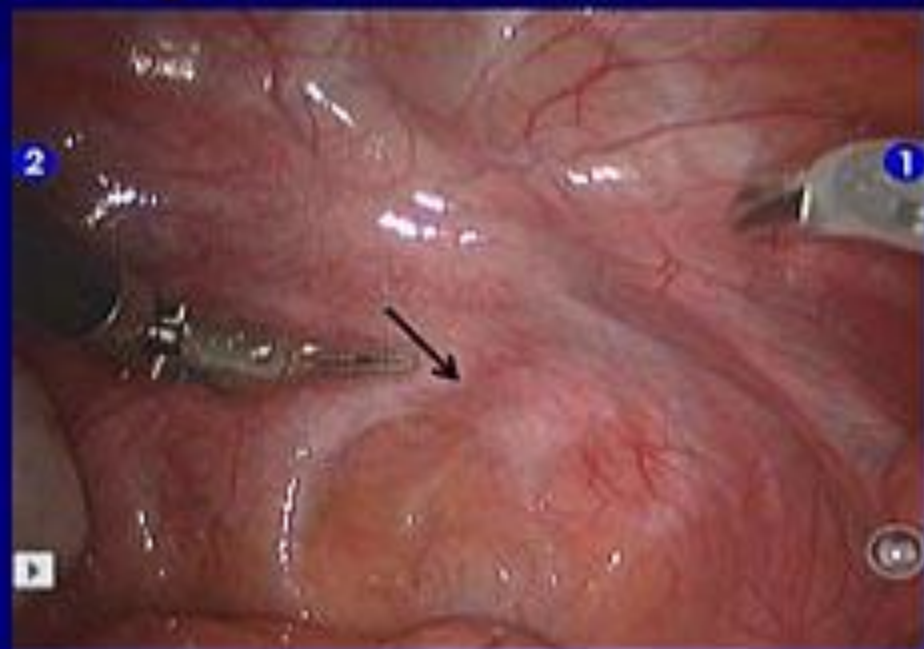
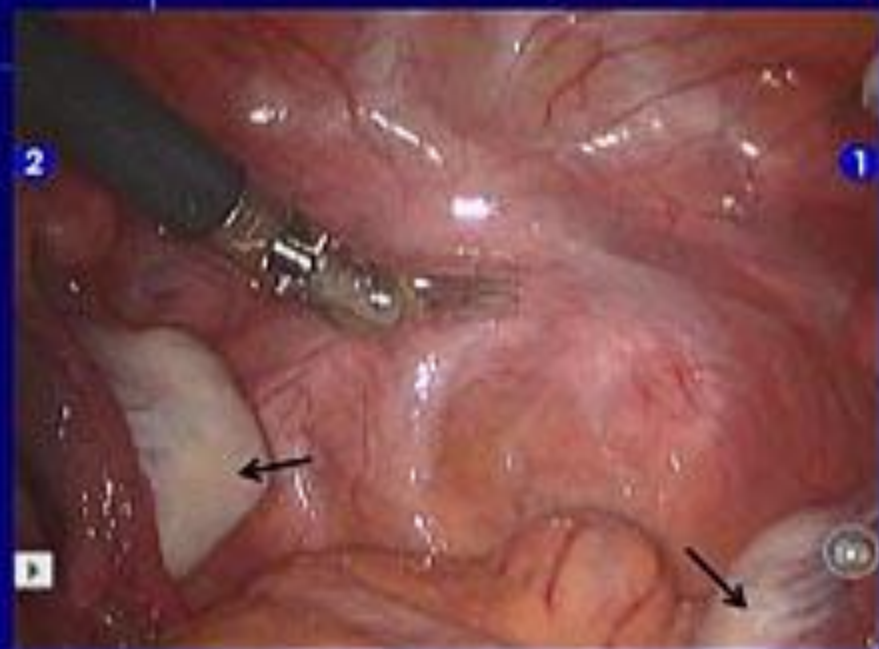
Агенезія піхви

- повна відсутність піхви, яка виникає внаслідок відсутності або незавершеного розвитку парамезонефральних проток;



- агенезія піхви спостерігається переважно у хворих з синдромом Рокитанського-Кюстера, які за хромосомним набором є жінками з рудиментарним зачатком матки, гіпоплазованими матковими трубами і нормальними яєчниками.

Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера



- врожденное отсутствие матки и влагалища
- нормальная функция яичников
- женский фенотип и кариотип
- часто встречающееся сочетание с другими врожденными пороками развития (скелета, органов мочевого выделения)

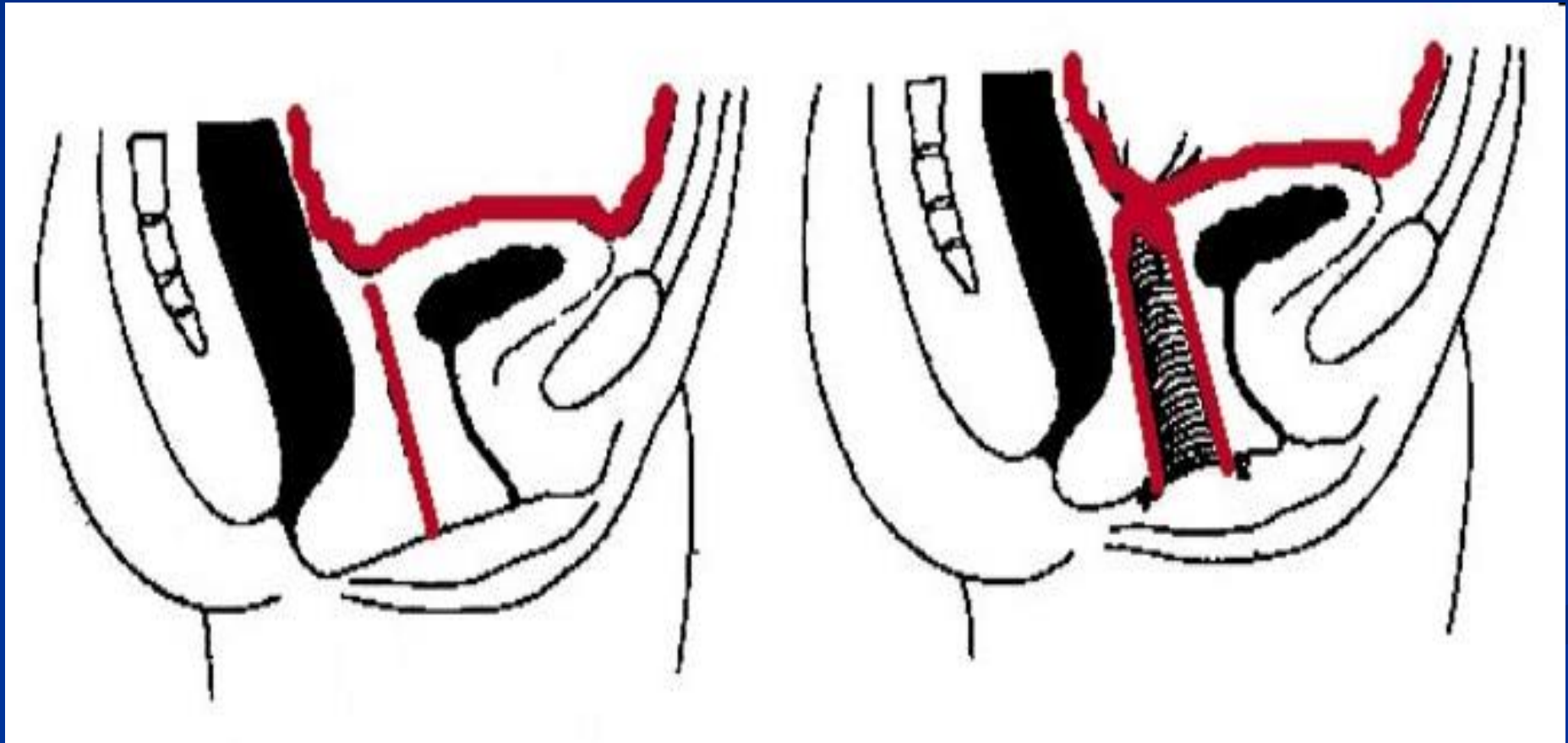
Аплазія піхви

- первинна відсутність частини піхви, обумовлена припиненням каналізації піхвової трубки на етапі її формування;
- клінічна картина характеризується аменореєю і неможливістю вести нормальне статеве життя;

- діагноз встановлюють на підставі:
 - ✓ даних анамнезу;
 - ✓ результатів гінекологічного обстеження;
 - ✓ з додаткових методів можна застосовувати лапароскопію, комп'ютерну або ЯМР-томографію;

- лікування хірургічне (кольпопоез - створення штучної піхви);
- час проведення операції визначають індивідуально: у хворих з наявністю функціонуючої матки для збереження фертильності операцію виконують до настання менархе, при відсутності матки операція спрямована для реалізації статевої функції.

Кольпопоез з очеревини малого тазу



Аномалії розвитку матки

- виникають внаслідок порушення процесів злиття, неправильного формування або неповної каналізації мюлерових проток;

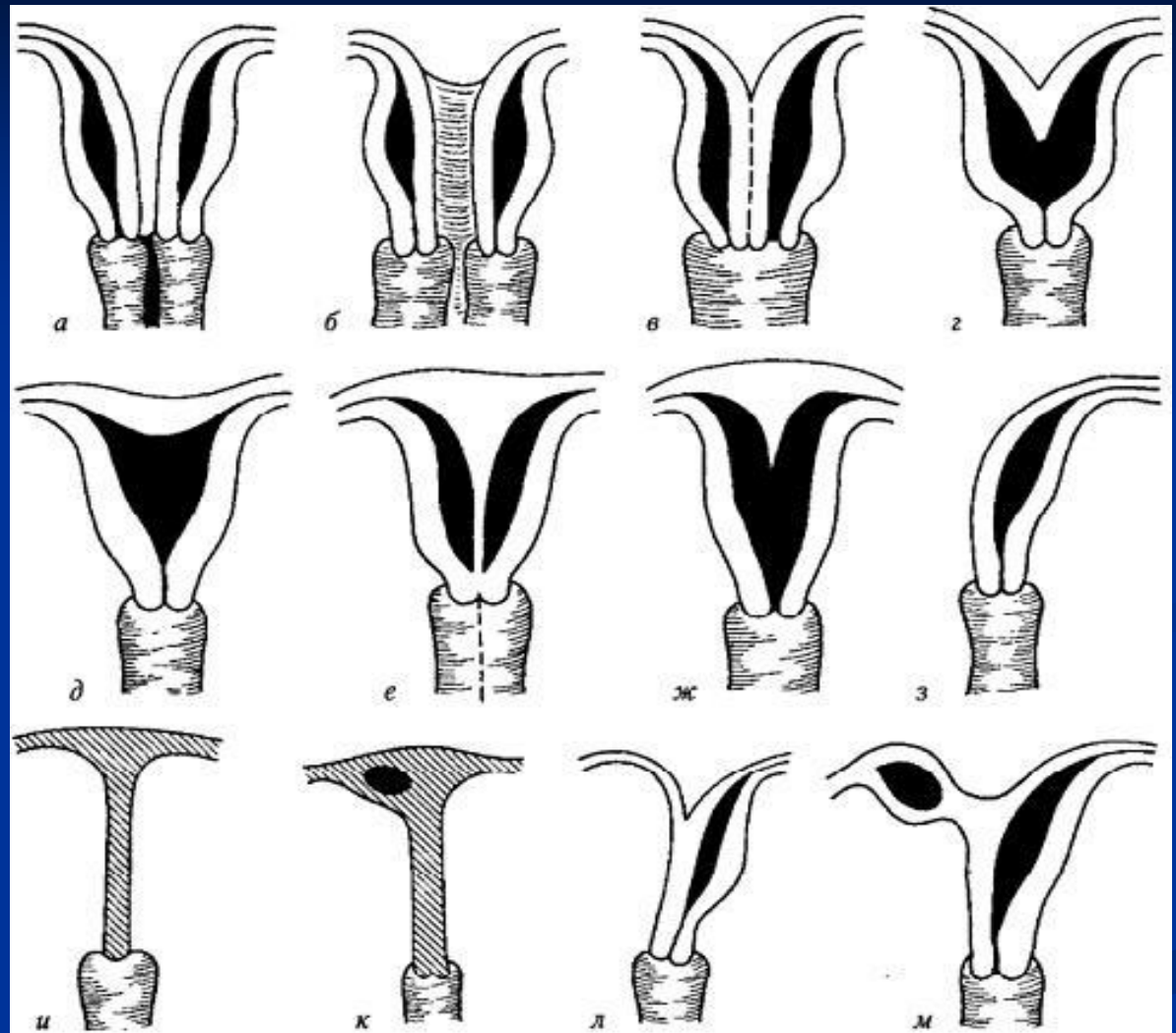


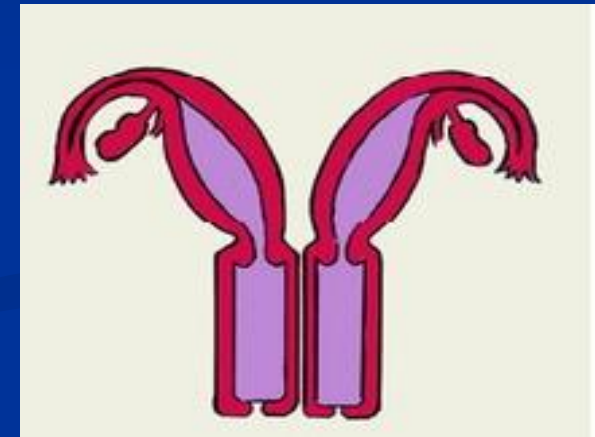
Рис. 10. Аномалії розвитку матки:

a – uterus didelphus; *б* – uterus duplex et vagina duplex; *в* – uterus bicornis bicolis; *г* – uterus bicornis unicollis; *д* – uterus arcuatus; *е* – uterus septus duplex; *ж* – uterus subseptus; *з* – uterus unicornis; *и, к, л, м* – uterus bicornis rudimentarius

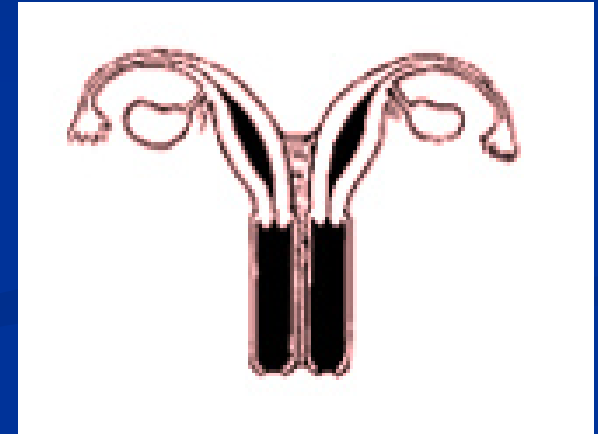
■ аномалії розвитку матки є причиною:

- ✓ безпліддя,
- ✓ альгодисменореї,
- ✓ мимовільних абортів,
- ✓ передчасних пологів,
- ✓ неправильних положень плода,
- ✓ дискоординації пологової діяльності,
- ✓ післяпологових кровотеч,
- ✓ позаматкової вагітності та ін.

- **uterus didelphus** – утворюється при незлитті Мюллерових проток по всій довжині;
- мають місце дві матки, дві шийки і дві піхви, причому обидва статевих апарату розділені поперечною складкою очеревини, з кожного боку є один яєчник і одна маткова труба; обидві матки добре функціонують, і вагітність в них може наступати по черзі.

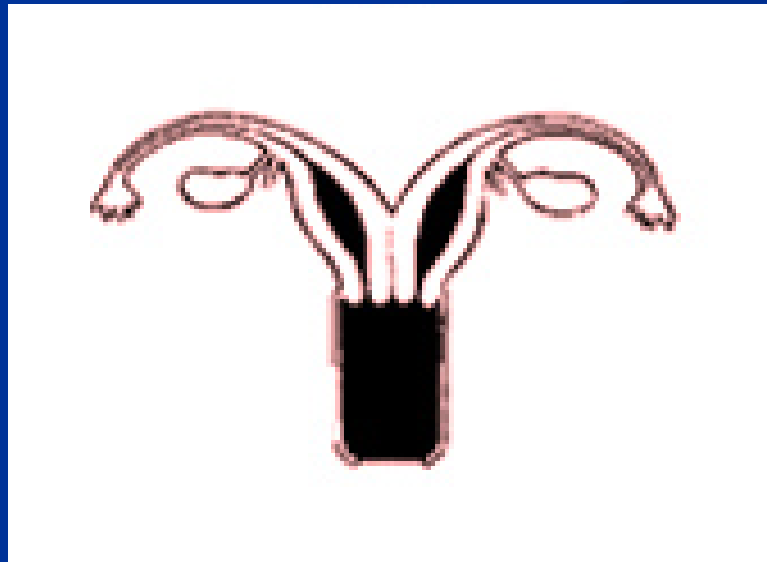


- **uterus duplex et vagina duplex** – наявність двох маток і двох піхв, з'єднаних одна з одною на певних ділянках;
- Одна з маток нерідко поступається іншій в розмірах і функціях, причому на стороні недорозвинення можлива атрезія дівочої пліви або внутрішнього маткового зіву.

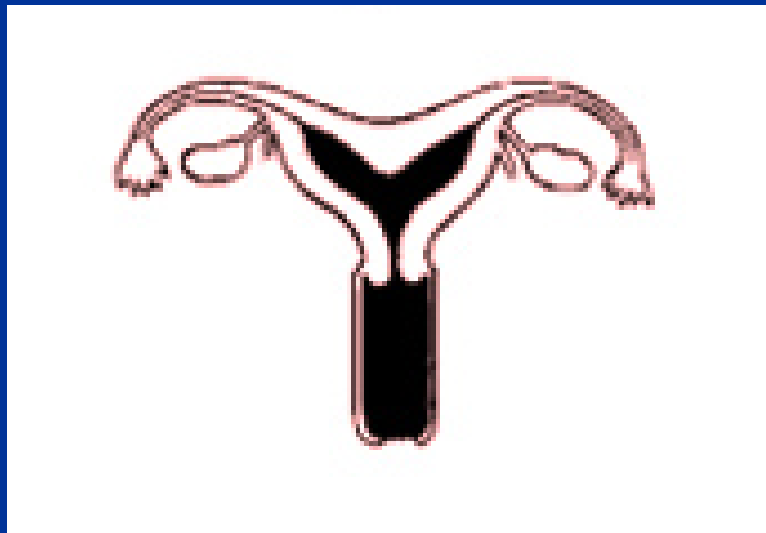


Дворога матка

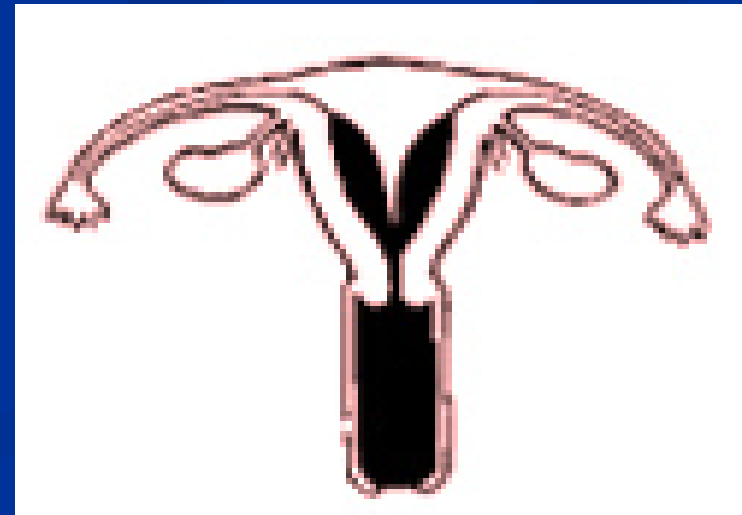
- є наслідком незливання тих частин парамезонефральних проток, за рахунок яких зазвичай утворюється єдина матка, причому піхва розвивається спільна;
- найбільш виражений варіант– uterus bicornis bicollis, який проявляється роздвоєнням шийки і тіла матки;



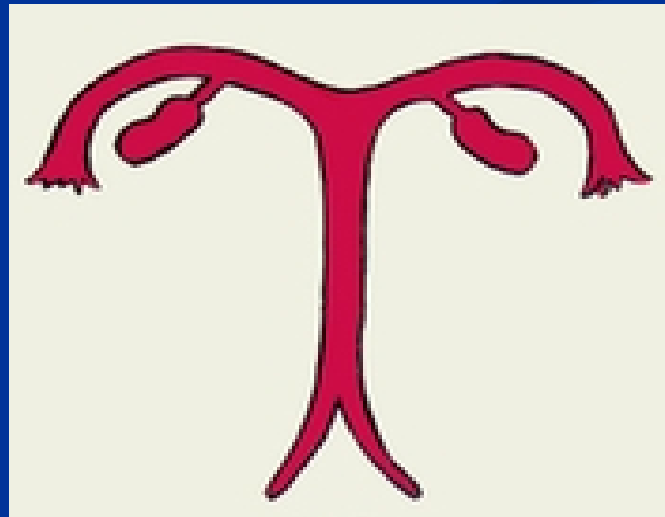
- **uterus bicornis unicollis** – роздвоєне тіло матки при спільній шийці, формується внаслідок злиття Мюллерових проток в ділянці шийки матки;



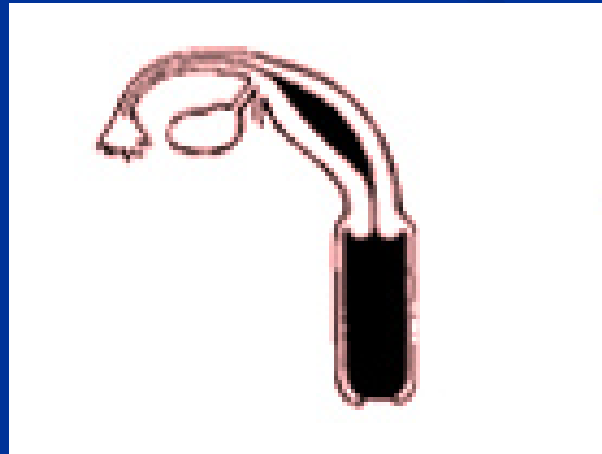
- менш вираженими варіантами дворогої матки є сідлоподібна і дугоподібна матка (uterus arcuatus), матка з повною або неповною перегородкою (uterus septus, subseptus).



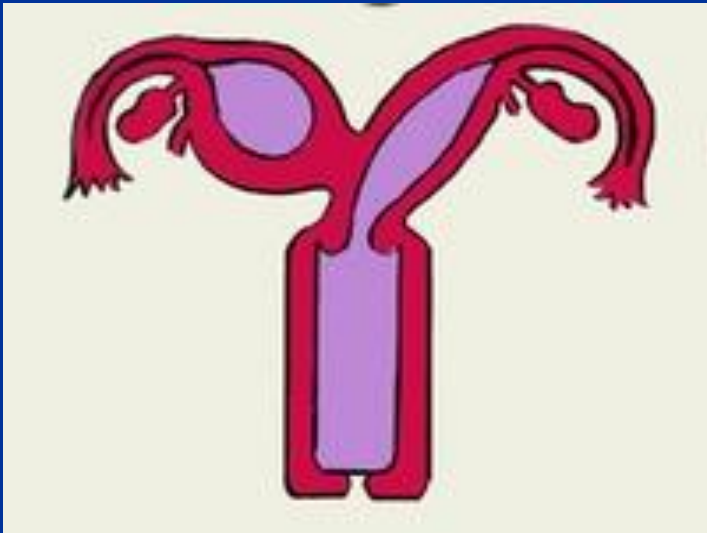
- якщо парамезонефральні протоки не злились і не мають просвіту, обидві матки набувають вигляду двох рудиментарних рогів солідної будови – uterus bicornis rudimentalis solidus або синдром Рокитанського-Кюстера.



- **uterus unicornis** – рідкісна патологія, яка виникає на тлі неповного розвитку одного з парамезонефральних протоків;
- патологія як правило, проявляється наявністю лише однієї нирки і одного яєчника.



- uterus bicornis з рудиментарним рогом
розвивається внаслідок значного недорозвинення одного з Мюллерових протоків;



- в залежності від стану рудиментарного рогу розрізняють дворогу матку з рудиментарним рогом, що функціонує, і дворогу матку з рудиментарним рогом, що не функціонує;

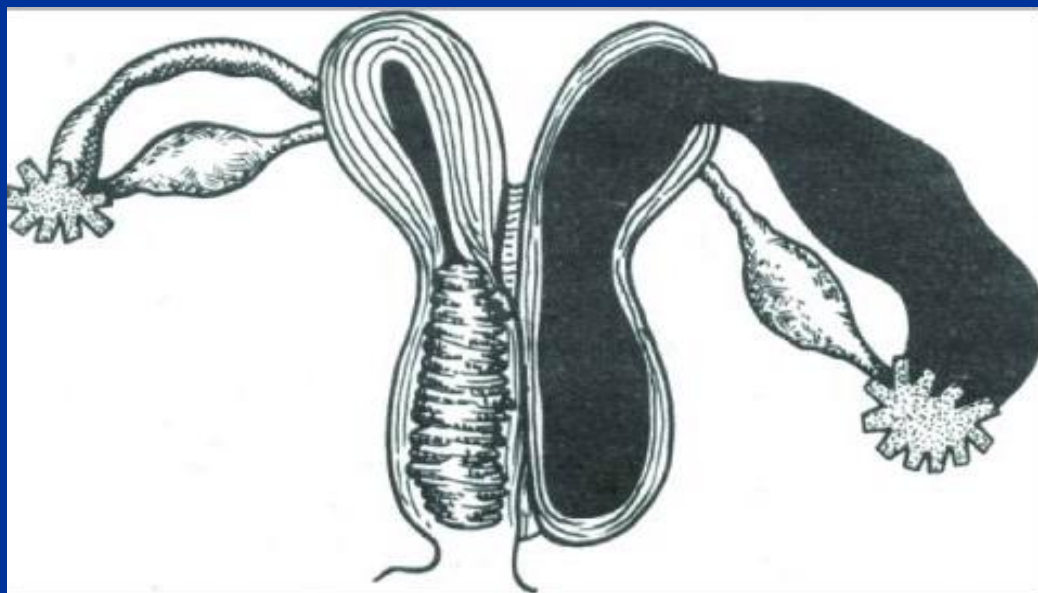
- якщо рудиментарний ріг має порожнину, то дуже важливо з'ясувати, чи пов'язана вона з порожниною матки, тому що наявність функціонуючого рудиментарного рогу супроводжується такими ускладненнями як поліменорея, альгодисменорея, ектопічна вагітність.

Клінічна картина

- порушення менструальної функції у вигляді аменореї або поліменореї;
- біль в животі (з'являється в пубертатний період і щомісяця посилюється, іноді супроводжується несвідомим станом);

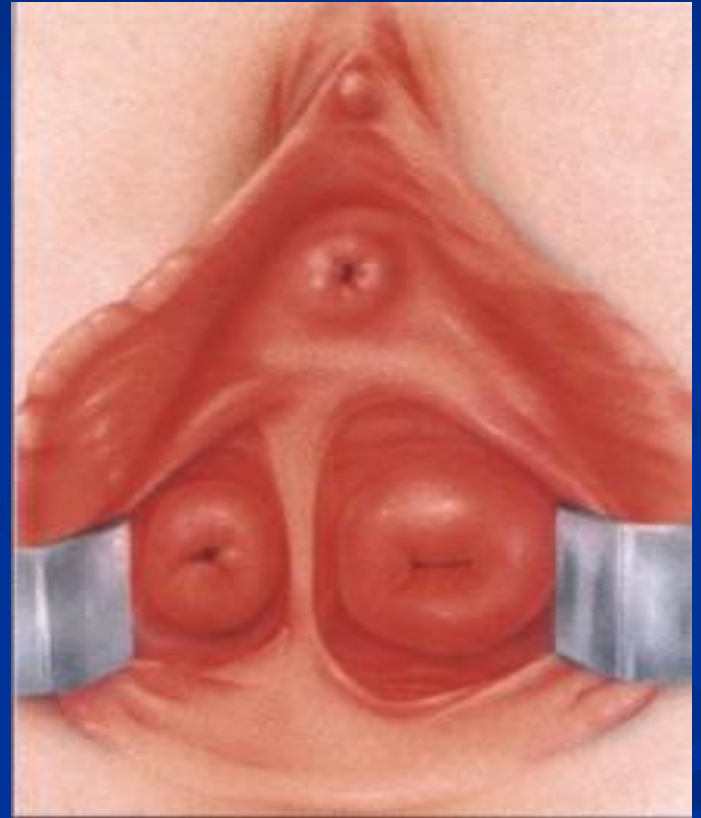


- гематометра;
- перитонеальні явища (в разі інфікування гематометри або попадання в черевну порожнину менструальної крові).



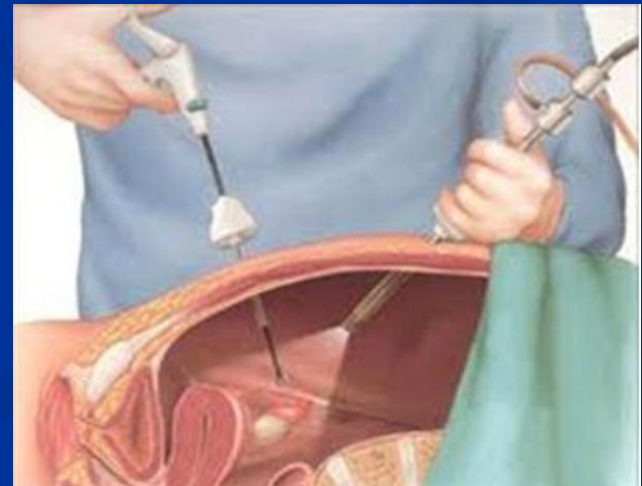
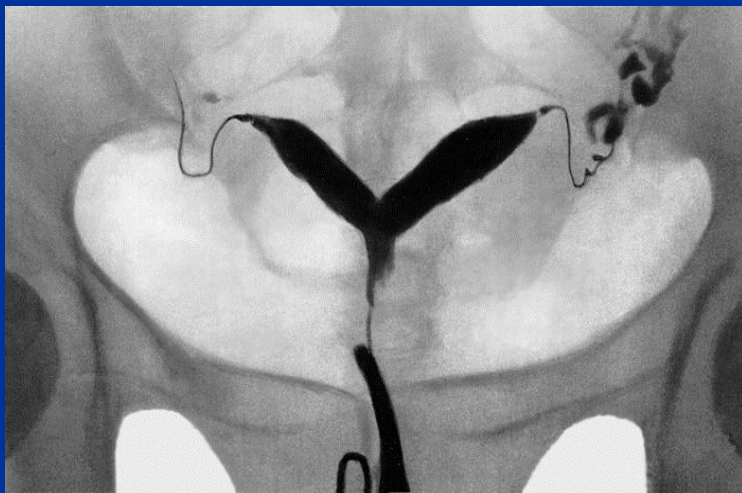
Діагностика

- дані анамнезу;
- клінічні прояви;
- результати детального гінекологічного дослідження;



■ ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ:

- УЗД,
- гістросальпінгографія,
- гістроскопія,
- лапароскопія,
- комп'ютерна та ЯМР-томографія,
- екскреторна урографія.

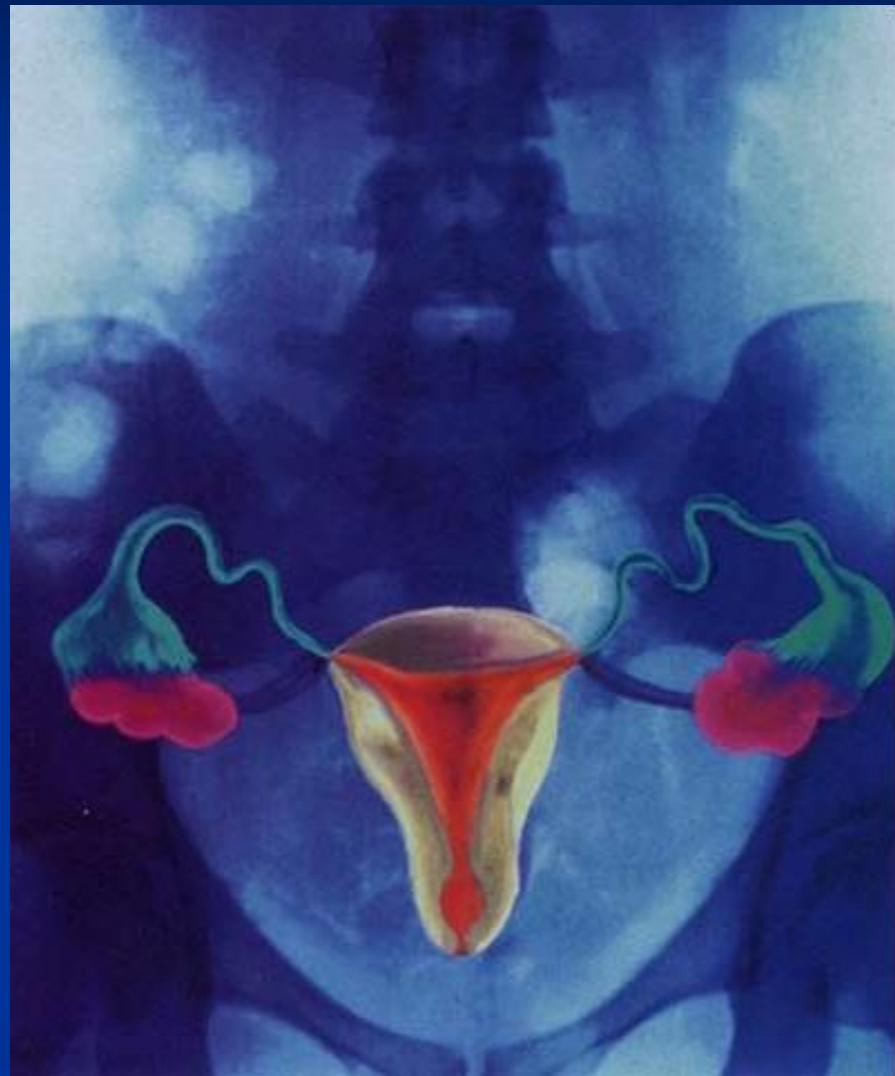


Лікування

- різні форми подвоєння матки і піхви, якщо вони не супроводжуються порушенням відтоку менструальної крові, в терапії не потребують;
- при затримці відтоку менструальної крові показано хірургічне лікування з максимальним видаленням перегородки зімкнутої піхви і видаленням функціонуючого роги матки;
- хірургічне лікування (метропластіку) при дворогій матці проводять за показаннями (мимовільні аборти).

Аномалії розвитку маткових труб

- надзвичайно довгі маткові труби;
- спиралеподібна форма маткових труб;
- вроджена облітерація труб;
- атрезія труб;



- подвоєння труб (зазвичай супроводжується подвоєнням яєчників);
- наявність додаткових сліпих ходів, додаткових отворів, локалізованих в ділянці черевного отвору труби;
- вроджені дивертикули труб.

Аномалії розвитку яєчників

- істинний агонадизм (аплазія яєчників);
- псевдогонадизм (регресивна форма);
- істинний гіпергонадизм (гіперплазія);
- псевдогіпергонадизм (фіброкістозні і полікістозні яєчники);



- первинний гіпогонадизм (гіпоплазія яєчників внаслідок аномалій статевих хромосом);
- вторинний гіпогонадизм (атрофія яєчників внаслідок гонадотропної недостатності гіпофіза);
- амбіогонадизм (одно- і двосторонній);
- одностороння відсутність придатків;
- додаткові яєчники (формується в результаті відшнурування частини зачатка яєчника на ранніх стадіях ембріонального розвитку).

Порушення статевого розвитку

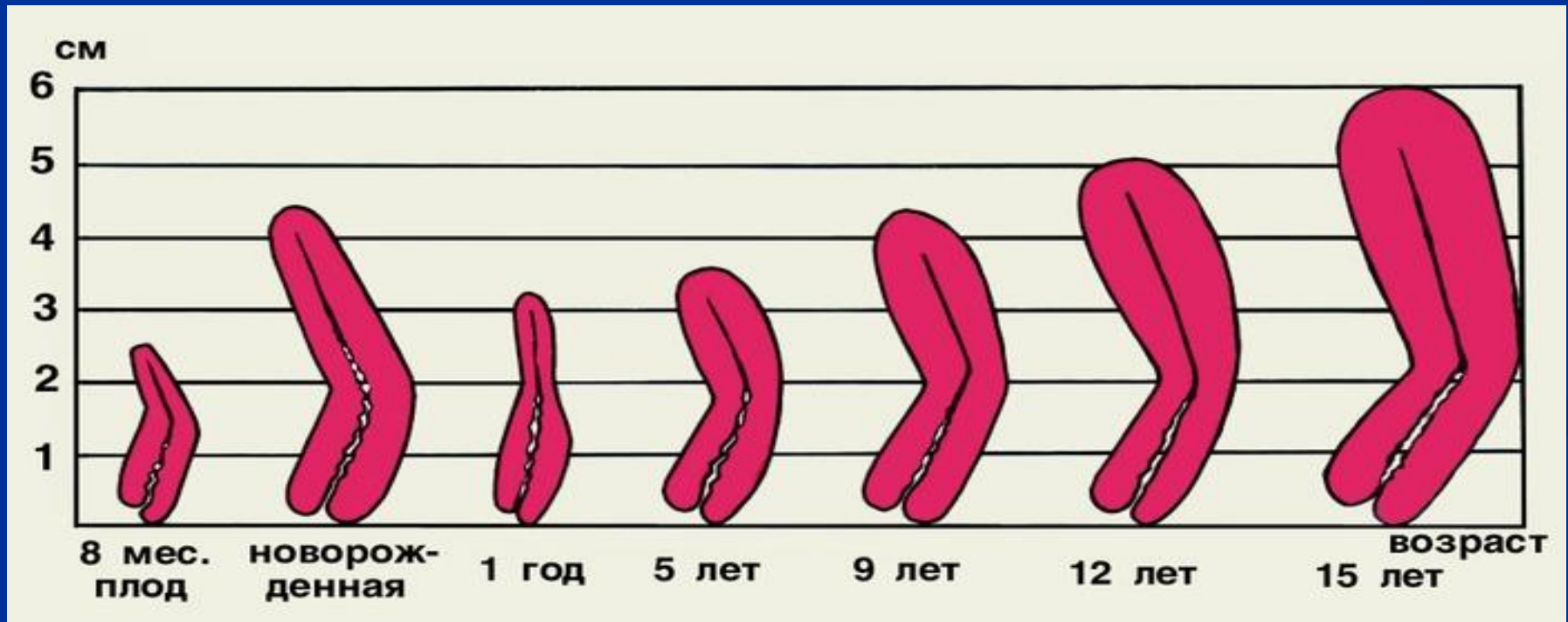
- передчасний статевий розвиток;
- гетеросексуальний статевий розвиток;
- затримка статевого розвитку.

- **передчасний статевий розвиток** - поява вторинних статевих ознак у дівчинки у віці до 8 років (внаслідок надмірної продукції статевих стероїдів, наявності гормон-продукуючих пухлин та ін.);
- **гетеросексуальний статевий розвиток** (розвиток за чоловічим типом);

- **затримка статевого розвитку** - гальмування появи вторинних статевих ознак на 2 роки і більше: несформованість молочних залоз до 13 років, відсутність менструальної функції і недорозвинення вторинних статевих ознак до 15 років та ін.

Генітальний інфантилізм

- характеризується недорозвиненням (анатомічним і гістологічним) статевих органів і гіпофункцією яєчників;



- якщо статевий інфантилізм поєднується із загальним, діагноз може бути поставлений у віці 13-14 років;
- загальному інфантилізму притаманні недостатня вираженість вторинних статевих ознак (відставання від вікової норми на 1-3 роки) і порушення антропометричних показників.

Етіологія

- спадкові чинники;
- ускладнений перебіг внутрішньоутробного розвитку;
- гіповітаміноз в постнатальний період;
- дитячі інфекції;
- тонзиліт;
- ревматизм;
- операції на яєчниках.



- інфантилізм проявляється гіпофункцією яєчників, неповноцінними циклічними змінами з боку ендометрію і супроводжується змінами функції щитоподібної залози;
- крім того, зазначається знижена чутливість яєчників до гонадотропних гормонів, а органів-мішеней (матка, піхва, молочні залози) – до стероїдних гормонів; при цьому спостерігаються надмірна продукція ФСГ і недостатнє вироблення ЛГ;

- для інфантилізму характерно зниження скорочувальної здатності матки, що пов'язано зі зміною з боку естрогенних рецепторів;
- досить важливу роль відіграє порушення іннервації, а також внутрішньоорганної і тазової гемодинаміки.

Клінічна картина

- інфантильна дівчинка невисока на зріст, з тонкою кісткою, загальнорівномірно-звуженим тазом, пізнім менархе, гіпоменструальним синдромом, який нерідко поєднується з альгодисменореєю;



- при генітальному інфантилізмі спостерігається невідповідність між пропорційною статурою і недорозвиненням (іноді вираженим) статевих органів.

- для визначення вираженості статевого інфантилізму значну роль відіграють розміри матки, яка знаходиться в стані гіпоплазії;

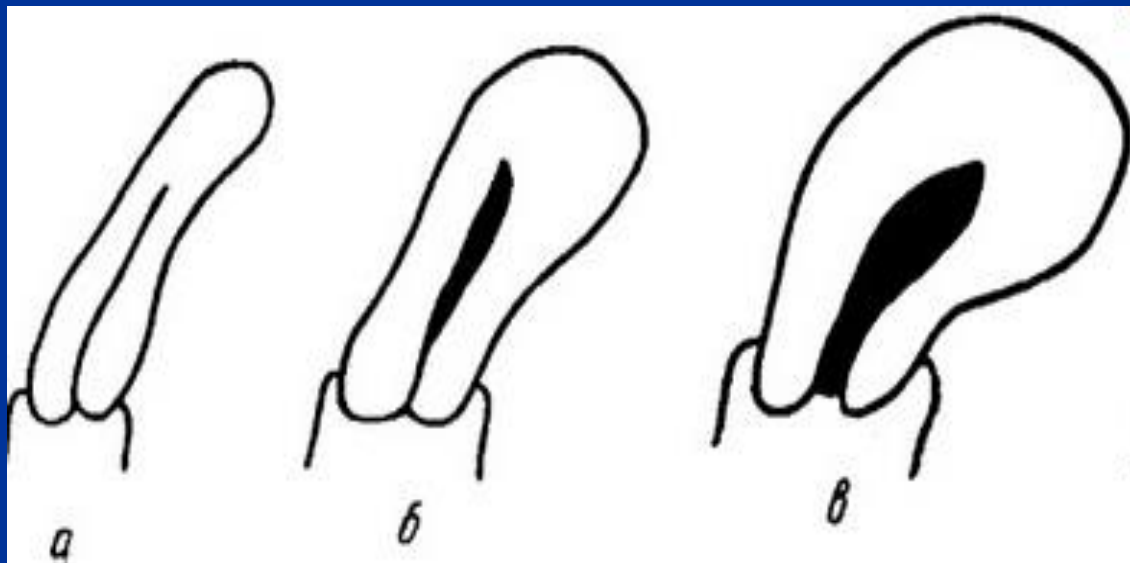


■ розрізняють три ступені гіпоплазії матки:

а) рудиментарна;

б) інфантильна;

в) гіпопластична.



- рудиментарна або зародкова матка має довжину від 1 до 3 см, причому значну частину займає шийка матки;
- такий варіант спостерігається вкрай рідко, більше наближений до аномалій розвитку статевих органів, ніж до недорозвинення;
- супроводжується гіпоестрогенією і стійкою аменореєю; прогноз щодо відновлення специфічних функцій жіночого організму несприятливий;

- інфантильна матка довжиною понад 3 см; співвідношення між шийкою і тілом матки - 3:1, як і у дівчинки препубертатного віку;
- при бімануальному дослідженні виявляють гіперантефлексію матки, слабку вираженість складінь піхви, високе розміщення яєчників, довгі і звивисті маткові труби;
- менструації рідкісні, болючі; для відновлення функції необхідна тривала терапія;

- гіпопластична матка довжиною 6-7 см, співвідношення між довжиною шийки і тіла - 1:3;
- формується не тільки як наслідок негативних впливів в антенатальний період і період дитинства, а й як результат перенесених в пубертатний період місцевих запальних процесів;
- ця патологія може самотійно зникнути після початку статевого життя і настання вагітності.

Діагностика

■ скарги хворої:

- пізня поява менструацій,
- порушення менструального циклу у вигляді гіпоменструального синдрому, альгодисменореї;

■ дані анамнезу:

- несприятливий перебіг антенатального періоду,
- велика кількість інфекційних та інших захворювань в дитинстві;

■ результати об'єктивного дослідження:

- низький зріст,
 - недостатньо сформована грудна клітина,
 - недорозвинення молочних залоз,
 - звужений таз,
 - дефіцит волосся в ділянці лобка і пахвових западинах,
 - гіпоплазія зовнішніх статевих органів;
- бімануальне дослідження (визначається недорозвинена матка, яка знаходиться в стані гіперантефлексії);

■ ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

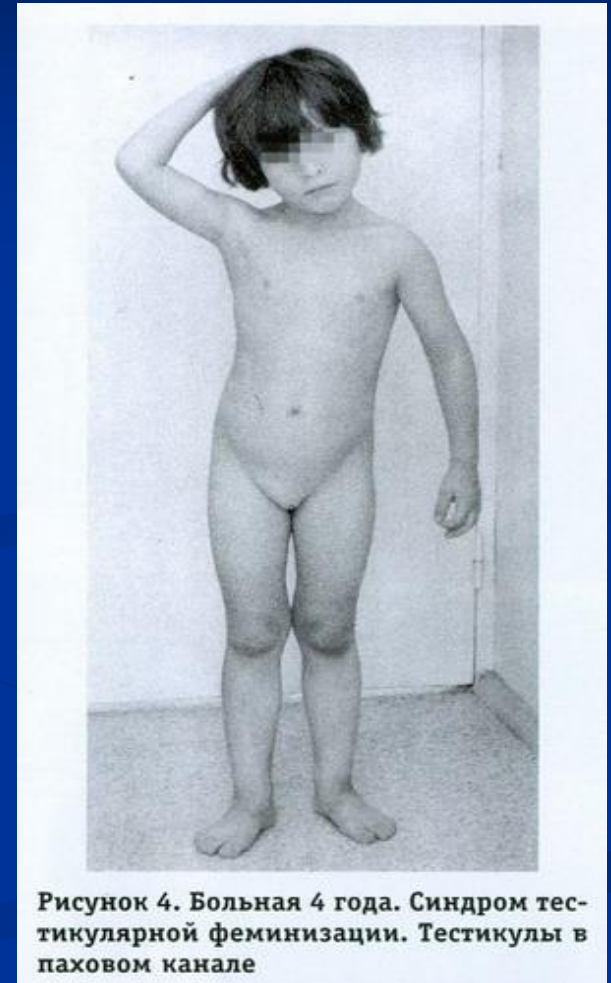
- ✓ антропометрія,
- ✓ складання морфограми,
- ✓ зондування матки,
- ✓ УЗД,
- ✓ рентгенографія,
- ✓ гістросальпінгографія,
- ✓ визначення кісткового віку,
- ✓ лабораторні дослідження та ін .;

Лікування

- усунення причин відставання розвитку статевих органів;
- гормональна терапія (циклічне введення естрогенів і прогестерону в мінімальних дозах);
- вітамінотерапія (Е, С, В1, В6, АТФ);
- фізіотерапія (електрофорез міді з 5 по 13 день циклу, цинку з 14 по 24 день, електрорефлексотерапія (акупунктура, електростимуляція шийки матки), лікувальна гімнастика, бальнеотерапія).

Дисгенезія гонад

- **типова** (синдром Шерешевського-Тернера – 45 XO);
- **чиста** (синдром Морріса 46 ХУ: статеві залози - яєчка, які продукують естрогени);
- **змішана** (хромосомний мозаїцизм).



Синдром Шерешевського-Тернера

- крилоподібні шкірні складки на шиї;
- широка грудна клітина;
- вальгусна деформація ліктювих суглобів;
- статеві залози у вигляді тяжів;
- інфантильні статеві органи;
- відсутність вторинних статевих ознак.

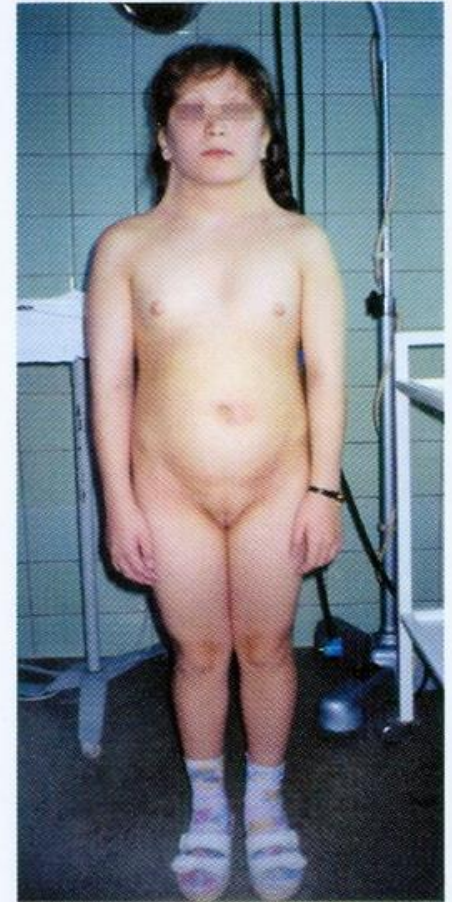



Рисунок 13. Больная 14 лет. Синдром Шерешевского-Тернера. Крыловидные складки на шее "голова сфинкса"

Неправильні
положення жіночих
статевих органів



Фактори, що забезпечують нормальне положення статевих органів:

- власний тонус статевих органів, що залежить від рівня статевих гормонів;
- узгоджена діяльність діафрагми, передньої черевної стінки і м'язів тазового дна, що створює внутрішньочеревний тиск;



- підвішуючий апарат матки (кругла і широка зв'язки матки, власні зв'язки яєчників);
- фіксує апарат матки (крижово-маткові, кардинальні, матково-міхурові, міхурово-лобкові зв'язки);
- підтримуючий апарат (м'язи тазового дна).



Визначення та етіологія

- неправильними положеннями статевих органів вважаються відхилення від норми, що носять стійкий характер, а також порушення співвідношень між різними анатомічними відділами статевої системи;

■ причинами порушень нормального розташування жіночих статевих органів можуть бути:

- ✓ запальні процеси,
- ✓ пухлини,
- ✓ травми,
- ✓ важка фізична робота,
- ✓ патологічні пологи,
- ✓ інфантилізм,
- ✓ астенія,
- ✓ дистрофія.

Класифікація

1. Зміщення матки в порожнині тазу:

а) в горизонтальній площині:

- зміщення допереду,
- дозаду,
- ліворуч,
- праворуч;

б) у вертикальній площині:

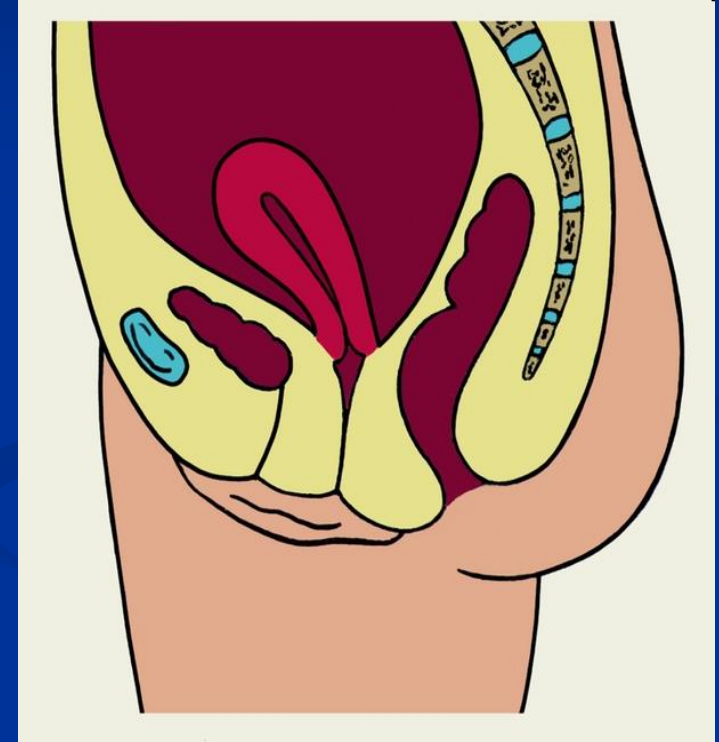
- підняття,
- опущення,
- випадіння матки (повне і часткове);

2. Порушення взаємовідносин між різними відділами матки:

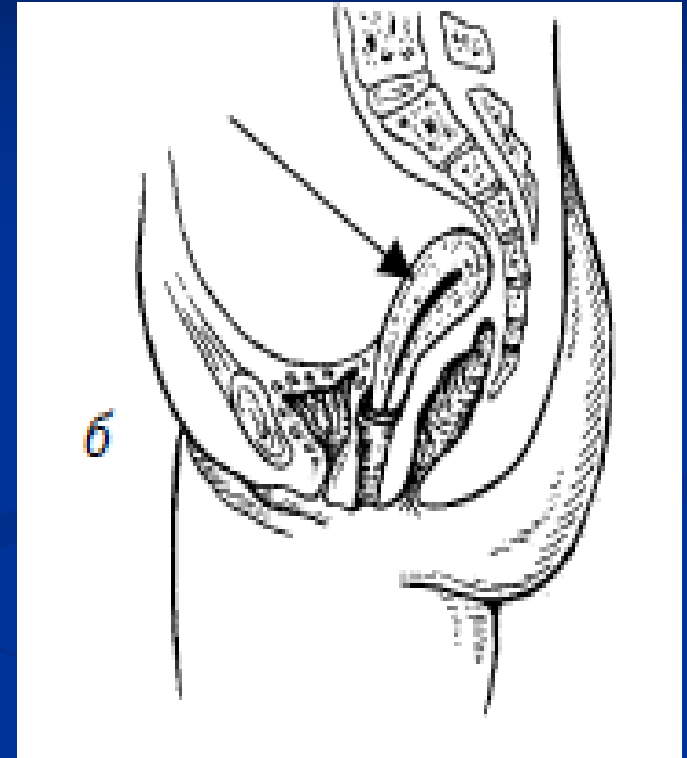
- а) патологічні нахили матки вперед, назад, праворуч, ліворуч;
- б) перегин матки допереду, дозаду, вправо, вліво;
- в) поворот матки;
- г) перекрут матки;
- д) виворіт матки.

Зміщення матки в горизонтальній площині (positio uteri)

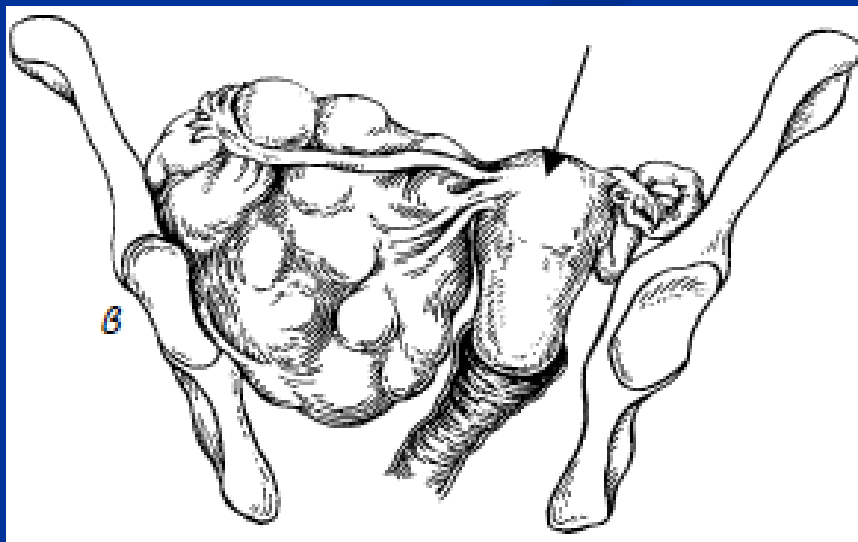
- антепозиція – зміщення матки вперед; при переповненій прямій кишці є фізіологічним явищем,
- переважно виникає на тлі розвитку пухлин, локалізованих в прямокишково-матковому поглибленні;



- ретропозиція — зміщення матки назад; спостерігається при переповненому сечовому міхурі, важких запальних процесах, які викликають підтягування матки до задньої стінки таза, пухлинах, розташованих попереду від матки.



- **латеропозиція** – бічний зсув матки праворуч або ліворуч; переважно зумовлена наявністю запальних інфільтратів в околоматковій клітковині, пухлин придатків (матка зміщується в протилежну сторону), захворювань, що передаються статевим шляхом (матка зміщується в бік локалізації злук);



- діагноз ставлять на підставі бимануального і ультразвукового дослідження;
- лікування полягає в усуненні причин, які привели до диспозиції матки.

Зміщення матки у вертикальній площині

- в разі підняття матки її дно розташовується вище площини входу в малий таз, зовнішнє вічко шийки матки - вище міжкостьовою лінії;
- розрізняють фізіологічне підняття матки (в дитячому віці, а також на тлі переповнених сечового міхура і прямої кишки) і патологічне (обумовлене пухлинами матки, піхви, прямої кишки, випоту в прямокишково-матковому поглибленні).

Зміщення матки у вертикальній площині

- розрізняють три ступеня випадіння матки:



- I – опущення матки**, при якому шийка матки розташовується нижче межостьової лінії, але не виходить за межі статевої щілини;
- II – неповне випадіння матки**, при якому шийка матки виходить за межі статевої щілини, а тіло матки розташоване в малому тазу;
- III – повне випадіння**, при якому вся матка виходить за межі статевої щілини разом зі стінками піхви.

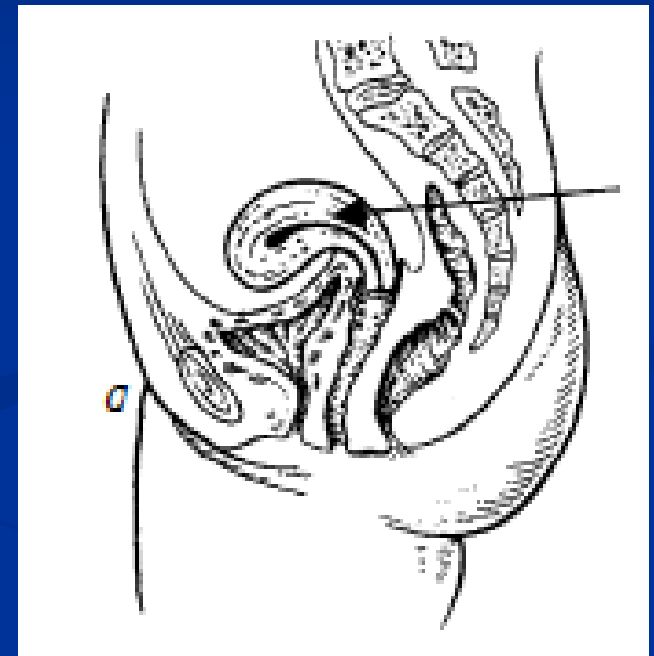
Патологічний нахил (*versio uteri*)

- при патологічному нахилі тіло матки зміщується в одну сторону, а шийка - в іншу, внаслідок переважної фіксації шийки крижово-матковими і кардинальними зв'язками на рівні внутрішнього анатомічного вічка;

- **антеверсія** – нахил тіла матки вперед, а шийки - назад; при нормальному положенні матки завжди присутній незначний її нахил вперед; виражений нахил тіла матки вперед, при якому шийка зовнішнім вічком повернута назад і догори, свідчить про патологічну антеверсію;
- **ретроверсія** – нахил тіла матки назад і донизу, а шийки матки - наперед і догори;
- **декстрроверсія** – нахил тіла матки вправо і догори, а шийки - вліво і донизу; При **синістрроверсії** тіло матки нахилене вліво і догори, а шийка матки - вправо і донизу.

Перегин тіла матки щодо шийки (flexio uteri)

- гіперантефлексія
(патологічна антефлексія матки) - перегин матки допереду, при якому між тілом і шийкою утворюється гострий кут;
- може бути наслідком статевого інфантилізму, запального процесу в малому тазу;



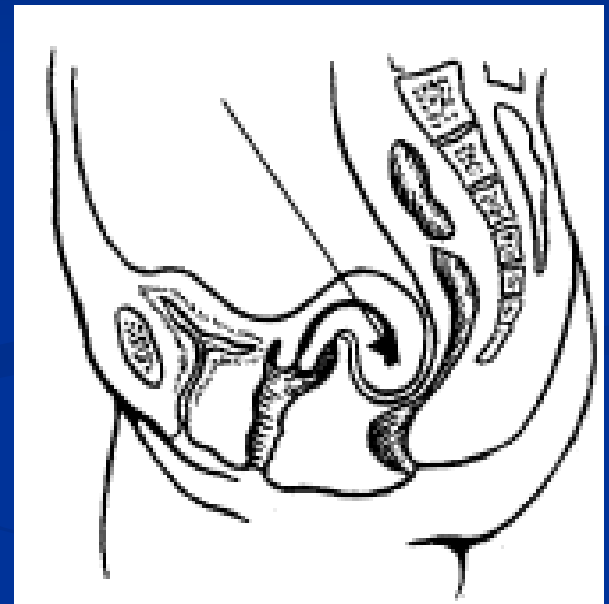
■ серед клінічних проявів:

- біль внизу живота і попереку,
- порушення менструальної функції за типом гіпоменструального синдрому, альгодисменореї,
- первинне безпліддя.

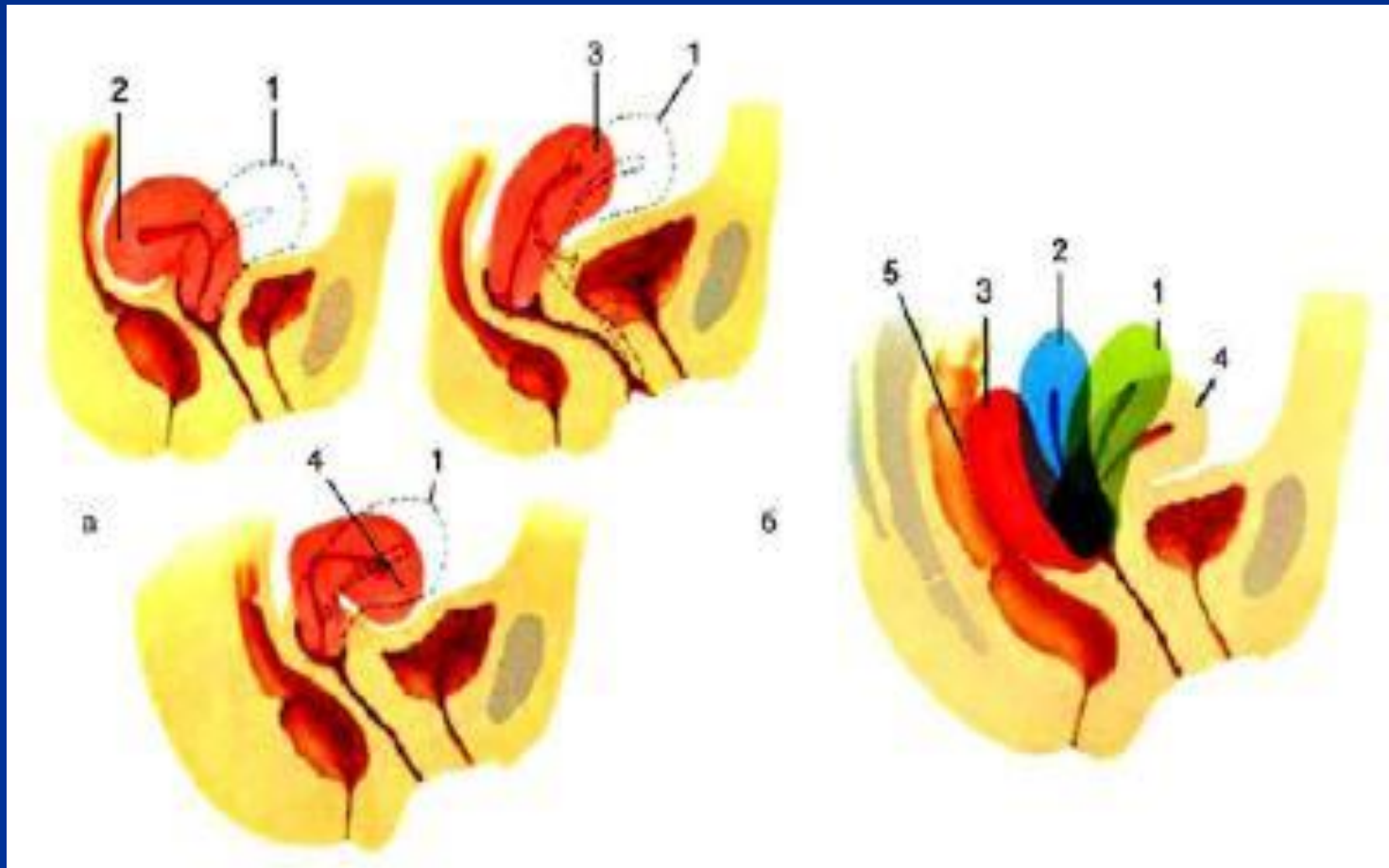
■ ретрофлексія

характеризується наявністю кута між тілом і шийкою, відкритого кзади;

- розрізняють рухому (при анатомо-фізіологічних порушеннях) і фіксовану (при наявності зрощень з пристінковою очеревиною внаслідок ендометріозу і запальних процесів в малому тазу) ретрофлексію матки;



- скарги на біль внизу живота і попереку, гіперполіменорея, альгодисменорея, запори, розлади сечовипускання, поява білей;



➤ розрізняють три ступені ретрофлексии:

I – нахил матки назад зі збереженням антефлексії;

II - нахил матки назад без збереження антефлексії;

III - нахил матки назад при наявності між тілом і шийкою матки вираженого кута, відкритого дозади.

Поворот матки

- поворот тіла матки разом з шийкою навколо поздовжньої осі супроводжує запалення крижово-маткових зв'язок, їх вкорочення, пухлинні процеси, локалізовані позаду і збоку від матки, злуковий процес;

Перекрут матки

- перекрут матки – поворот матки при нерухомій шийці, виникає на тлі одnobічної пухлини придатків або субсерозно розташованого лейоматозного вузла;

Виворот матки

- виворот матки – слизова оболонка звернена назовні, а серозна - всередину;
- розрізняють дві форми вивороту:
 - пуерперальну (пов'язують з неправильним веденням пологів);
 - онкогенетичну (виникає при фіброїді, що народжується, з короткою і широкою ніжкою).