

Prolapsul uterin mai este numit hernie a diafragmului pelvian sau insuficiență a planșeului pelvian. Este foarte răspândit la femeile de vîrstă postclimacterică, care au născut de sinestătător mai mult de o dată.aproximativ jumătate din femeile care au născut mai mult de o dată per vias naturalis suferă de prolaps uterin într-o măsură mai mult sau mai puțin exprimată. Prolapsul uterului sau modificarea poziției lui în cavitatea bazinului cu deplasarea lui în jos pe traiectul canalului inghinal poartă denumirea de prolaps parțial sau total al uterului. În unele cazuri uterul prolabează direct în vagin. În formele ușoare de prolaps uterin, colul uterului proemină anterior în partea inferioară a fantei genitale. În cazuri grave are loc prolabarea totală a uterului.

#### **Concluzii**

1. Rezultatele studiului respectiv au demonstrat prezența locurilor slabe în pereții abdomenului, locuri în care e posibilă apariția herniilor.
2. În multe cazuri, cunoscînd cauzele, poate fi preîntîmpinată apariției herniilor.
3. Herniile reprezintă o grupă de afecțiuni chirurgicale foarte variată după localizare, fomă, dimensiuni, manifestări clinice, ceea ce impune o abordare individuală a fiecărui caz în parte.

#### **Bibliografie**

1. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенберг Г.М. - Эндохирургия паховых и бедренных грыж. 2000 г.
2. Егиев В.Н. - Пенатяжная герниопластика. 2002 г.
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. - Атлас оперативной хирургии грыж. 2003 г.
4. Фёдоров И.В. Чугунов А.Н. - Герниология 2004 г.
5. Мешалкин Е.Н., Цитовский Ю.И. - Аллопластика грыж. 1960 г.
6. Славин Л.Е., Фёдоров И.В., Сигал Е.И. - Осложнения хирургии грыж живота 2005 г.
7. [http://dnevnik.bigmir.net/view\\_article/dnevnik/597958/](http://dnevnik.bigmir.net/view_article/dnevnik/597958/)
8. [http://hernia.surgery.ru/hernia\\_pathogenesis/](http://hernia.surgery.ru/hernia_pathogenesis/)
9. <http://www.dr-md.ru/spine/discdesease/bigHernia/>
10. [www.center-zdorovie.ru/info\\_](http://www.center-zdorovie.ru/info_)
11. [www.rusmedserv.com/proct/grizh2.jpg](http://www.rusmedserv.com/proct/grizh2.jpg)

## **VARIANTE ȘI ANOMALII ALE ORGANELOR GENITALE FEMENINE INTERNE**

**Anna Leanca**

(Conducător științific- dr. conf. univ. Tamara Hacina)

Catedra Anatomia Omului

#### **Summary**

##### **Variants and anomalies of the female genital internal organs**

The objective of this research is to study and analyze the forms, sizes and position variants of the female genital internal organs.

#### **Rezumat**

Tema acestei lucrări o constituie studierea și analiza formelor, dimensiunilor, variantelor de poziție ale organelor genitale feminine interne.

#### **Actualitatea temei**

Variantele și anomaliile de dezvoltare ale organelor genitale feminine interne au o importanță deosebită în practica medicală . Acestea pot duce la avorturi spontane, complicații în timpul sarcinii și la riscul ruperii uterului la naștere.

Variante de poziție ale organelor genitale duc la acuze de dureri din partea pacientelor în regiunea bazinului mic și este o problemă a infertilității.

## Scopul

Studierea formelor anatomice, dimensiunilor, particularităților de vîrstă și variantelor poziției ale organelor genitale feminine interne.

## Obiectivele

1. Variante anatomice ale uterului, trompelor uterine și a vaginului.
2. Particularitățile de vîrstă ale organelor genitale feminine interne.
3. Variantele poziției uterului.
4. Formele cavității uterine.
6. Studiarea comparativă a rezultatelor obținute cu rezultatele descrise în literatura de specialitate.

## Materiale și metodele de cercetare

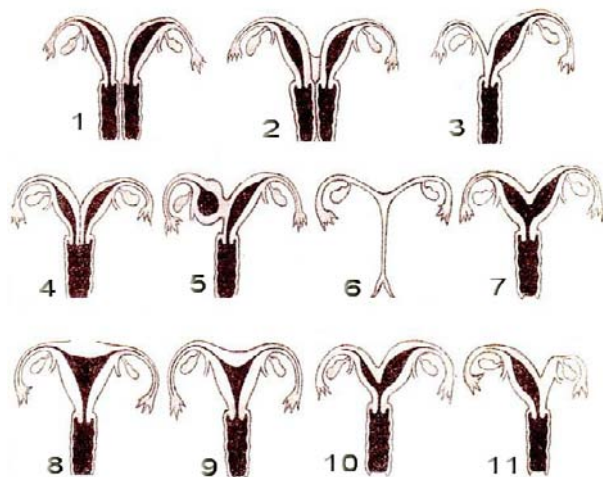
Am utilizat în calitate de material de studiu organele genitale feminine interne, colectate de la persoane de vîrsta diferită. Studiul s-a efectuat în baza metodelor: morfometria, injecția, corozia.

## Discuții și rezultate obținute

Complexitatea și perioada îndelungată a diferențierii și dezvoltării sistemului urogenital ne prezintă 10% de malformații congenitale. Etiologic malformațiile congenitale se distribuie după categorii bazate pe factorul genetic, factorii mediului ambiant sau asocierea lor. Malformațiile congenitale rămân o problemă importantă deoarece sunt prezente la 6% din copii și în 20% din cazuri de deces prenatal. În conformitate cu literatura de specialitate deosebim: anomalii ale organelor genitale fără dereglarea diferențierii sexuale (dezvoltarea sexuală prematură și reținerea ei) și anomalii de dezvoltare cu dereglări în diferențierea sexuală (disgenezia gonadelor, sindromul adrenogenital congenital, anomalii de dezvoltare ale uterului și vaginului. Malformațiile uterului se clasifică: grupa 1 - agenezia / hipoplazia vaginului, colului uterin, fundului uterin, trompelor uterine, malformații mixte; grupa 2 - uterul unicorn poate fi cu cavități comunicante, cavități separate, fără rudiment, fără cavitare; grupa 3 - uterul dublu (uterus didelphys); grupa 4 - uterul bicorn (uterus bicornis) poate fi total sau parțial; grupa 5 - uter septat poate fi total sau parțial (Fig.1.); grupa 6 - uterul arcuat (uterus arcuatus); grupa 7 - concreșterea parțială. Cîteva variante ale organelor genitale feminine interne sunt prezentate în Fig.2.



**Fig.1. Anomalie de dezvoltare, uter septat.**



**Fig.2. Variante anatomice ale organelor genitale feminine interne.**

1. Uterus didelphys.
2. Uterus et vagina dudlex.
3. Uterus pseudounicornis.
4. Uterus bicornis bicollis.
5. Uterus bicornis cu rudiment stîng.
6. Uterus bicornis rudimentarius solidus.
7. Uterus bicornis unicollis.
8. Uterus incurviformis.
9. Uterus arcuatus simplex.
10. Uterus bicornis.
11. Uterus bicornis cu un rudiment.

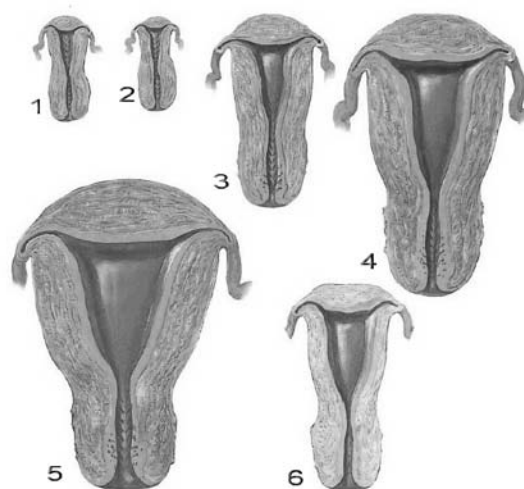
Porțiunile caudale ale ducturilor paramezonefrotice se contopesc medial pentru a forma germenul uterovaginal. În acest proces se pot întâmpla erori ca: insuficiența parțială sau totală a unui duct sau a ambelor ducte (agenezie); contopirea sau insuficiența segmentelor caudale ale ducturilor, sau segmente incomplete (germen uterovaginal patologic); insuficiența dezvoltării cu formarea normală (aplazie și hipoplazie). Multe anomalii pot surveni în urma unor erori de interacțiune necesare dezvoltării derivatelor paramezonefrotice. Agenezia este o anomalie foarte rară comparativ cu aplazia ducturilor paramezonefrotice.

Hipoplazia uterului are ca rezultat dezvoltarea uterului rudimentar și este însoțită de prezența trompelor normal sau patologic dezvoltate. Aplazia unilaterală a ducturilor reprezintă uterul unicorn, iar hipoplazia unilaterală poate duce la formarea unui corn rudimentar. Anomaliile de difuziune caudală a ducturilor paramezonefrotice duc la malformații uterine. Reținerea parțială sau totală a fuziunii septurilor ducturilor poate duce la defecte de sept, iar unificarea incompletă a ducturilor poate duce la formarea uterului dublu cu vagin solitar sau dublu.

Rezultatele morfometriei efectuate nu prezintă diferența esențială față de cele descrise în literatura de specialitate, diferența fiind doar în mm și gr. Dimensiunile uterului la femeia nulipare și multipare diferă (Tabelul.1). În Fig.3. sunt demonstrate particularitățile de vîrsta.

**Fig.3.Particularitățile de vîrsta ale uterului.**

- 1 – la nou-născută.
- 2 - la 4 ani.
- 3 - la pubertate.
- 4 – adultă (nulipară).
- 5 – adultă (multipară).
- 6 – adultă (dupa menopauză).



**Tabel 1. Dimensiunile uterului:**

	Lungimea	Lățimea	Grosimea pereților	Corp/col	Greutatea
Femeia nulipară	6-7 cm	4-5 cm	2-2,5 cm	Corpul=col	40-50gr
Femeia multipară	7-8 cm	5 cm	3 cm	Corpul 2/3 din uter	70-85gr

Pe lângă anomalii uterine, am cercetat și anomalii vaginului. Vaginul începe să se formeze la a 5-a săptămîină intrauterină și este porțiunea impară a canalelor paramezonefrotice. Particularitățile de vîrstă ale lungimii vaginului sunt următoarele: la nou-născută 3-5 cm, la fetiță 8-9 ani e de 5-6 cm, la femeie 7,5-10 cm. La fetițele mici în conformitate cu poziția înaltă a uterului, vaginul preia o direcție verticală, dar la 3-5 ani, cînd uterul coboară în bazinul mic, vaginul capătă o poziție oblică față de planul orizontal.



**Fig.4.Sept vaginal**

Anomaliile vaginului sunt:

*Agenezia vaginului* - reprezintă absența totală a vaginului, la aceste paciente între labiile mari se formează o adîncitură de 2-3 cm, ceea ce duce la imposibilitatea de a avea contacte sexuale.

*Aplazia vaginului* - reprezintă lipsa unei părți a vaginului, este cauzată de stoparea canalizării tubului vaginal în timpul dezvoltării. Acest proces are loc în a 18 săptămîină de dezvoltare intrauterină.

*Atrezia vaginului* - poate fi totală și parțială, rezultă din procesele inflamatorii, care au avut loc în perioada ante- și postnatală.

Cîteodata poate fi un sept care se extinde de la fornixul vaginal pînă la himen (Fig.4.) Această anomalie poate fi combinată cu uterul bicorn. Pe lînga septul longitudinal poate fi și transversal.

Pe parcursul dezvoltării fetusului în condiții optimale se formează asimetria fiziologică, atunci cînd lungimea trompei din dreapta este mai mare decît cea din stînga numai mult de 5 mm. În caz de sarcină patologică diferența dintre trompele uterine dreaptă și stîngă poate să atingă 35-47 mm.

S-a constatat că la femeile de vîrstă productivă se păstrează aceeași legitate care se formează în ontogeneza antinatală (prevalează lungimea trompei uterine drepte). Prin acest fapt se explică frecvența mai sporită a sarcinii exauterine în trompa uterină dreaptă. Sarcina cu dificultăți (o infecție) în unele cazuri cauzează atrezia congenitală a trompelor uterine, ca regulă în regiunea istmului. În caz de dereglarea dezvoltării intrauterine este posibilă dezvoltarea trompelor uterine duble. Dar mai frecvent are loc subdezvoltarea trompei uterine ce deseori se combină cu anomaliile uterului.

În condiții normale uterul este fixat de ligamente și perineu.

Aparatul suspensor include: lig. rotunde care țin uterul în stare de anteversie, lig. late se încordează contribuind reținerii uterului în poziție fiziologică, lig. proprii ale ovarului și cele infundiliforme

contribuie la menținerea uterului în poziție mediană, iar lig. sacro-uterin trage uterul în direcție posterioară.

Aparatul de fixare constă din cordoanele de țesut conjunctiv cu o cantitate mică de celule musculare, care se extind de la porțiunea inferioară a uterului: a) anterior - spre vezica urinară și apoi spre simfiză; b) spre pereții laterali ai bazinului - lig. cardinal; c) posterior - lig. sacro-uterin. Aparatul de suport: este prezentat de mușchii și fasciile perineului, care nu permit deplasarea organelor genitale în jos.

Poziția normală a uterului: în condiții fiziologice axa longitudinală a uterului coincide cu axa de conducere a bazinului, fundul uterului nu se deplasează mai jos de intrarea în bazinul mic, iar orificiul extern al colului uterin se află la nivelul linei interspinale. Uterul este înclinat anterior, între corp și cervix se formează un unghi obtuz (anteflexia).

Deplasările uterului anterior - antepositio, posterior - retropositio, la dreapta - dextropositio, la stînga - sinistropositio, din părți - lateropositio, în unele cazuri unghiul între corpul și cervixul este ascuțit (hiperanteflexia) (Fig.5.). Aceste deplasări sunt cauzate de tumorile ovarelor și trompelor uterine.

Deplasările patologice pot fi legate de aderențele în cavitatea abdominală apărute în rezultatul proceselor inflamatorii.

Din deplasările uterului pe axa verticală deosebim elevația (elevation) și în jos descensus uteri. Poziția înaltă a uterului este cauzată de tumori localizate sub uter. Deplasarea în jos este o anomalie mai

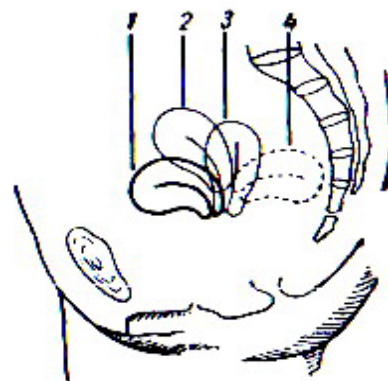
frecventă a poziției organelor genitale feminine interne și rezultă din dereglarea stării funcționale a mușchilor perineului. Dacă colul uterin sau o parte de uter se deplasează după limita fantei genitale se numește prolapsul uterin parțial.

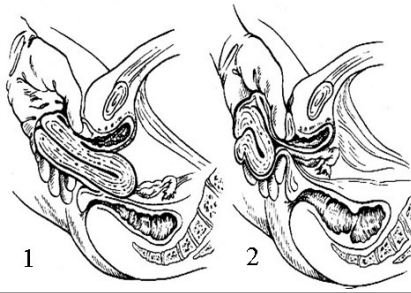
Prolapsul uterin formează o hernie perineală. Se disting cinci grade de prolaps uterin:

- I- are loc slăbirea parțială a mușchilor perineului, pereții vaginului sunt deplasați în jos nesemnificativ;
- II- ptoza pereților vaginali este însoțită de ptoza vezicii urinare și a peretelui anterior rectal;
- III- colul uterin atinge nivelul intrării în vagin;
- IV- colul uterin se află înafara intrării în vagin;
- V- ptoza completă.

**Fig.5. Variante de poziție ale uterului.**

1. Antepositio.
2. Uter ridicat între vezică și rect.
3. Uter deplasat înapoi de vezică.
4. Retropositio





**Fig.6. Indentificarea ptozei uterine.**

1. Ptoza parțială
2. Ptoza completă

ținute la cont în diagnosticarea și tratamentul pacientelor.

### **Bibliografia**

1. Alecsandrescu D.: Biologia reproducției umane. Edi. Medicală, București, 1976.
2. Gheorghe Paladi: Ginecologie. Editura Arc- Chișinău, 1997, pag.18-43.
3. Pavel Gusac: Embriologia umana, Catedra de Histologie, Citologie și Embriologie, Chișinău, 2000, pag.23-24.
4. Petrache Virtej, Obstretica fiziologică și patologică, București: ALL, 1996, pag.17-28.
5. www. Sănătatea.com
6. Акунц К.Б, Атлас оперативная гинекология, Москва, 1996.
7. Василевская Л.Н, Грищенко В.И., Кобзева И.В. Гинекология, Москва, 1985.

## **SISTEMUL NERVOS CENTRAL ȘI AFECTAREA LUI DE SCLEROZĂ MULTIPLĂ**

**Veronica Gudumac**

(Coordonator științific: prof. univ., **Tamara Hacina**)

Catedra de Anatomie

### **Summary**

#### **Central Nervous System: normal morphological aspects and in its acute demyelination in multiple sclerosis**

This article represents an integrated study of the normal morpho-physiological structure of the Central Nervous System (CNS), but also in case of multiple sclerosis attack. Its various types, the global distribution, and the most likely accepted ethiological theory on multiple sclerosis occurrence are also included.

### **Rezumat**

Articolul dat reprezintă un studiu integrativ asupra structurii sistemului nervos central în stare normală din punct de vedere morfo-fiziologic, precum și în cazul atacului de scleroză multiplă (SM). Sunt incluse totodată tipurile, distribuția globală, precum și cea mai probabilă teorie etiologică a sclerozei multiple.

### **Actualitatea temei**

Studiul morfofpatologiei sistemului nervos central rămâne a fi actual, dat fiind faptul că SNC este centrul de comandă, analiză și sinteză la nivelul căruia au loc procese biochemioelectrice complicate. Scleroza multiplă este o boală a adultului tânăr, vârsta generală a începutului manifestărilor fiind între 29-33 ani, deși această plajă este mult mai largă, de la 10 la 59 ani. Luând în calcul ipoteza conform căreia originea SM este stresul și racordind-o la nivelul înalt de megapolizare al societății contemporane, deducem inevitabil că expus pericolului de SM este