

## Эндоскопические технологии в оперативном лечении женщин с врожденными пороками гениталий

Винярский Я.М., Бенюк В.А., Полинкевич Б.С., Гончаренко В.Н., Войток Т.Г.

**Резюме.** В работе представлен дифференцированный подход к оперативному лечению врожденных пороков развития женских гениталий с использованием новых эндоскопических технологий. На основании опыта лечения 21 женщины с аплазией влагалища доказана рациональность использования лапароскопии для определения метода оперативного лечения и эндоскопической ассистенции при выполнении основного этапа оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** аплазия влагалища, лапароскопия, кольпопоз.

**Актуальность проблемы.** Первые сведения об аплазиях влагалища принято относить к эпохе Гипократа, который в своем трактате «Природа женщины» описал как само по себе отсутствие влагалища, так и предлагавшиеся в то время способы лечения. Упоминание об этой патологии стало чаще появляться в манускриптах, относившимся к более поздним периодам греческой и древнеримской цивилизаций, хотя первое документированное описание вагинальной аплазии у женщин датируется 1781 г. [1, 8].

В настоящее время такие социальные процессы, как урбанизация и снижение уровня жизни населения, курение и наркомания, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с бесконтрольным применением лекарственных средств, в том числе и во время беременности, создают объективные предпосылки к возрастанию частоты врожденных аномалий женских гениталий в структуре гинекологической патологии. Удельный вес больных с пороками гениталий составляет 2,7 % в структуре гинекологических заболеваний детей и подростков [6]. Согласно данным литературы, среди врожденных пороков развития гениталий частота аномалий развития влагалища составляет 1:5000 родов, а частота аплазии влагалища и матки составляют 1 на 20 000 женщин [2, 4].

В норме проксимальные мюллеровы протоки не сливаются и формируют маточные трубы, дистальные мюллеровы протоки сливаются, образуя матку и проксимальную часть влагалища. Дистальная часть влагали-

ща формируется в результате сложных взаимодействий между каудальной частью слившихся мюллеровых протоков, урогенитальным синусом и клоакой. В зависимости от того, на каком участке не произошло такое слияние и канализация, возникает локализованный порок развития [3, 5].

Женщин с данной патологией условно можно разделить на 3 группы.

Первая группа – с выраженными вторичными половыми признаками. Большинство из них пропорционального телосложения, женственны, изящны. Принадлежность их к женскому полу подтверждается данными исследования полового хроматина и кариотипа XX. Имеются развитые яичники, которые обнаруживаются при чревосечении в процессе кольпопоза.

Вторая группа – женщины с нарушением половой дифференцировки. Среди этих больных имеются лица с ложным мужским гермафродитизмом. Внешне их тело имеет женское строение с развитыми молочными железами. Однако в области больших половых губ, в паховых областях или в брюшной полости располагаются яички. Отмечается низкое содержание полового хроматина. Хромосомный набор XY. У части этих больных имеется слепо заканчивающееся влагалище, вполне пригодное для половой жизни. Реже отмечается аплазия влагалища и больные нуждаются в операции.

К третьей группе относятся больные с кариотипом XY, гипертрофией клитора, гирсутизмом, отсутствием влагалища. Половые железы располагаются в складках

неразвившейся мошонки, паховых каналах или брюшной полости. Анатомическое строение наружных половых органов, уретры и промежности имеет особенности: наружное отверстие уретры открывается несколько ниже, чем обычно, область входа во влагалище выражена недостаточно, промежность низкая.

При аплазии матки и влагалища основные жалобы обусловлены невозможностью вести нормальную половую жизнь, отсутствие менструаций, сопровождающихся у большинства больных ежемесячным возникновением тянущих болей внизу живота, нагрубанием молочных желез.

Различные формы пороков развития матки и влагалища клинически могут проявляться в пубертатном периоде, с началом половой жизни или после начала ее в связи с бесплодием, но все они требуют соответствующей хирургической коррекции.

**Цель исследования** – разработка дифференцированного подхода к оперативному лечению врожденных пороков женских гениталий с использованием новых эндоскопических технологий.

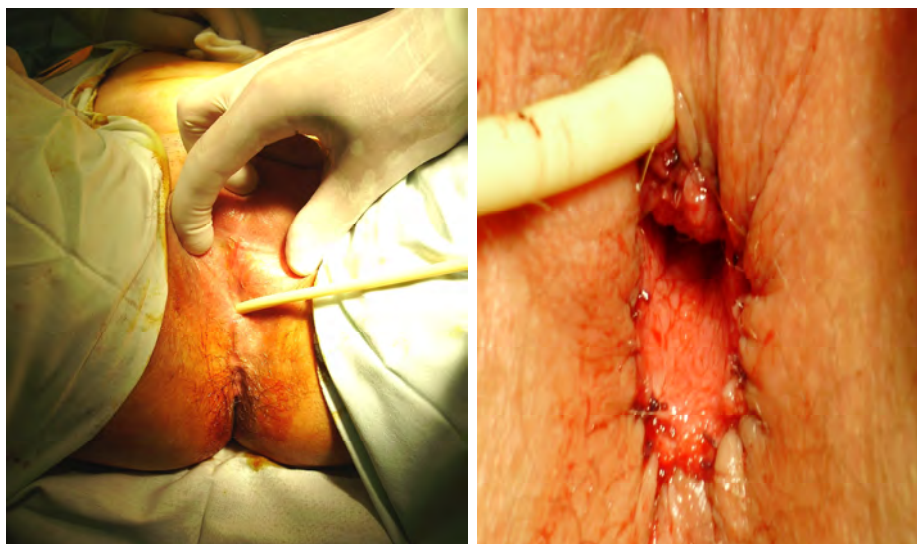
**Материалы методы исследования.** В основу работы положено обследование 21 больных с пороками развития матки и влагалища в возрасте от 18 до 35 лет.

Больным производили общеклинические, гинекологические исследования, вагинографию, УЗИ органов малого таза, определение уровня гормонов и антимюллера фактора в крови, кариотипирование, денситометрия.

Анализ возрастной структуры прооперированных больных показал, что наибольшую группу составили больные в возрасте 18–25 лет – 15 (71,4 %), в возрастном цензе 26–35 лет – 5 (21,8 %) и в возрасте 35 и старше – 1 (4,7 %).

Структура выявленных аномалий гениталий представлена следующим образом: аплазия влагалища – 8 (38,1 %) наблюдений, аплазия матки и влагалища – 2 (9,5 %), гипоплазия матки и аплазия влагалища – 4 (19 %), аплазия матки и гипоплазия влагалища диагностирована у – 6 (28,5 %) женщин, в 1 (4,7 %) наблюдении была аплазия матки и влагалища с гипертрофией клитора.

Оперативное лечение проводили в два этапа – на первом выполнялось диагностическое лапароскопическое исследование, что позволяло уточнить характер патологии, оценить анатомо-топографические особенности, при необходимости определить оптимальный участок кишечника для пластики и разработать дифференцированный вариант оперативного метода коррекции.



а.

в.

Фото 1. Аплазия влагалища, а – осмотр перед оперативным лечением; в – сформированная неовагина из тканей урогенитального синуса (1-е сутки после операции)

На втором этапе выполняли основной объем кольпопоза, оперативная коррекция наружных половых органов, резекция яичников – одновременно вырабатывая дополнительно тактику под контролем лапароскопии.

В зависимости от формы врожденной патологии и индивидуальных анатомо-топографических особенностей малого таза, выполнены следующие оперативные вмешательства: 12 (57,1 %) женщинам выполнен кольпопоз из тканей уrogenитального синуса, у 6 (28,56 %) – кольпопоз из сигмовидной кишки по Е. Гиговскому, кольпопоз из париетальной брюшины – 2 (9,5 %), а из фрагмента тонкого кишечника – 1(4,7 %) женщинам.

**Результаты и их обсуждение.** При наличии благоприятных условий, а именно до-

статочная величина кармана уrogenитального синуса формирования неовагины проводили, за счет тканей уrogenитального синуса – 12 (57,1 %) наблюдений. При относительной простоте в сравнении с другими методиками данный метод требовал бережного отношения к слизистой синуса, уточнения границ и анатомических взаимоотношений, что в дальнейшем и определяло объем проведенной пластики.

При выполнении кольпопоза и формировании канала для неовагины проводилась диафаноскопия диафрагмы таза лапароскопом, что позволяло четко определить оперативную зону с учетом профилактики травматизма смежных органов и сосудов.



Фото 2. Кольпопоз из сегмента сигмовидной кишки (7 месяцев после оперативного лечения)

Кольпопоз из тонкой кишки и сигмовидной кишки по Е. Гиговскому выполняли при отсутствии возможности использовать ткани уrogenитального синуса и париетальной брюшины. Трансплантат для искусственного влагалища при отсутствии дополнительной петли сигмовидной кишки выделяли в ректосигмоидной зоне, при короткой сигмовидной кишке выделяли в десцендосигмоидной зоне. Длина сформированной неовагины составила 8–11 сантиметров.

В двух наблюдениях технически оптимальным вариантом кольпопоза стало формирование неовагины из париетальной брю-

шины. С помощью лапароскопии определен оптимальный сегмент париетальной брюшины малого таза, при диафаноскопии тазового дна лапароскопом был определен участок формирования неовагины.

В реабилитационном периоде для профилактики спаечного процесса использовали пелон из пенополиуретана, который вводился в неовагину ежедневно, начиная со следующего дня после операции. Больные выписывались на 12–14 сутки. Половую жизнь рекомендовали к концу 1 месяца после операции. Дальнейшее использование пелона рекомендовалось при отсутствии регулярной половой жизни.



а.

в.

Фото 3. Кольпопоз из сегмента тонкой кишки (а), 6 месяцев после оперативного лечения (в)

### Выводы

1. Эндоскопическая ассистенция при выполнении кольпопоза позволяет уточнить диагноз, оценить анатомо-топографические особенности и выбрать рациональный вариант оперативного вмешательства, снизить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, а индивидуальный подход позволяет определить рациональную лечебно-реабилитационную программу.

2. Для социальной и половой реабилитации больных необходимо диагностировать порок развития гениталий до замужества с проведением последующей оперативной коррекции.

3. Реабилитация сексуальной функции благоприятно влияет на психоэмоциональный статус девушек, исключая комплекс неполноценности.

### Список использованной литературы

1. Адамян Л.В. Оперативная гинекология детей и подростков / Адамян Л.В., Богданова Е.А. – М.: ЭликсКом, 2004.
2. Вербенко А.А. Аплазия влагалища / Вербенко А.А., Шахматова М.П. – М.: Медицина, 1982. – 80 с.
3. Давыдов Н.С. Брюшинный кольпопоз. – Л., 1977. – С. 10.
4. Йен С.С.К. Репродуктивная эндокринология / Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. ; пер. с англ. – М.: Медицина, 1998; 1: 402–404.
5. Курбанова А.Г. Клиника, диагностика и хирургическая коррекция пороков развития мат-

ки и влагалища : автореф. дисс. ... докт. мед. наук / А.Г. Курбанова, 1983. – 31 с.

6. Негмаджанов Б.Б. Сигмоидальный кольпопоз у детей и подростков. – дисс. ... канд. мед. наук / Б.Б. Негмаджанов. – М., 1991.

7. Новак Ф. Оперативная гинекология / Новак Ф. ; пер. с англ. – М.: Медицина, 1989. – 366 с.

8. Окулов А.Б. Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрансформационные операции / Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. – М.: Медицина, 2000.

## **Ендоскопічні технології в оперативному лікуванні жінок із вродженими вадами геніталій**

Винярський Я.М., Бенюк В.А., Полінкевич Б.С., Гончаренко В.М.,  
Войток Т.Г.

***Резюме.** У роботі представлений диференційований підхід до оперативного лікування вроджених вад розвитку жіночих геніталій з використанням нових ендоскопічних технологій. На основі досвіду лікування 21 жінки з аплазією піхви доведена доцільність використання лапароскопії для визначення методу оперативного лікування і ендоскопічної асистенції для виконання основного етапу оперативного втручання.*

***Ключові слова:** аплазія піхви, лапароскопія, кольпопоез.*

## **Endoskopicheskie technology in the surgical treatment of women with congenital genital**

Vinyarski Y., Benyuk V., Polinkevich B., Goncharenko V., Voitok T.

***Summary.** This paper describes a differentiated approach for surgical treatment of congenital malformations of female genitalia with application of novel endoscopic technologies. The experience of treatment of 21 women with vaginal aplasia proves the expediency of the use of laparoscopy for determination of method of surgical treatment and endoscopy assistance of the principle stage of surgery.*

***Keywords:** vaginal aplasia, laparoscopy, colpoptosis.*