

УДК 616.366-003.7-089.719-072.1-72

© М.А. КАШТАЛЬЯН, І.З. ГЛАДЧУК*, В.Ю. ШАПОВАЛОВ, М.М. КАШТАЛЬЯН*, О.Б. ТИМЧУК, О.О. ТИМУШ*

Військово-медичний клінічний центр Південного Регіону,
Одеський національний медичний університет***Перший досвід сигмокольпопоезу з використанням лапароскопічної техніки**

M.A. KASHTALYAN, I.Z. HLADCHUK*, V.YU. SHAPOVALOV, M.M. KASHTALYAN*, O.B. TYMCHUK, O.O. TIMUSH*

Military and Medical Clinical Centre of South Region,
Odessa National Medical University**FIRST EXPERIENCE OF SIGMOCOLPOPOESIS USING THE LAPAROSCOPIC TECHNOLOGY**

Аномалії розвитку жіночих статевих органів при безвибіркових оглядах виявляють майже в 1 % жінок. Серед них особливе місце займають вади, що включають відсутність піхви (аплазії) або її істотний недорозвиток [1, 3]. Хоча подібні анатомічні відхилення і не несуть в собі прямої загрози для життя, все ж вони є основою для важких психологічних і соціальних проблем, пов'язаних з відсутністю можливості для статевого життя, і становлять значні перешкоди для створення повноцінної сім'ї [4]. Прийнято вважати, що в загальній жіночій популяції аплазії піхви зустрічаються в 1 випадку на 5–10 тис. новонароджених дівчаток. Для проведення втручань не існує певного вікового цензу [2]. Проте досвід європейських та американських лікарів показує, що найбільш оптимальний вік – від 16 до 20 років [7]. З психологічної точки зору, саме в цей період жінка здатна найкраще “пережити” зміни в своєму тілі. Способи лікування залежать, передусім, від клінічних особливостей захворювання. В даний час використовуються такі методи корекції уродженої аплазії піхви: хірургічно-пластичні; хірургічного розтягування; неоперативного розтягнення [5, 6].

У період з 1999 р. до сьогодні на базі ВМКЦ ПР сумісно з кафедрою акушерства і гінекології ОНМУ виконано 12 операцій лапароскопічного перитонеального кольпопоезу, з них в 11 випадках було досягнуто задовільних результатів, в 1 випадку – результат незадовільний.

У даній роботі надано результати лікування 3 хворих із уродженою аплазією піхви за період з 2007 до 2010 р. У всіх хворих була виконана вагінопластика з використанням сигмоподібної кишки, і причиною аплазії піхви був синдром Мюллера-Рокитанського-Кюстера-Хаузера, тобто симптоматика не виходила за межі репродуктивної системи. При цьому одна з хворих вже була оперована раніше, їй був виконаний перитонеальний кольпопоез.

Хвора П., 1990 р.н., перебувала на стаціонарному лікуванні у відділенні абдомінальної хірургії ВМКЦ ПР з 07.07 до 16.07.2008 р. з діагнозом: “Агенезія піхви і матки. Вторинний апендицит”.

З анамнезу відомо, що в 2006 році виконана операція – перитонеальний кольпопоез, проте результати операції незадовільні.

Під час госпіталізації стан задовільний, в загальному та біохімічному аналізі крові відхилень не виявлено, ФГ ОГП, ЕКГ, УЗД ОЧП – без патології.

За даними іригоскопії, у хворої є додаткова петля сигмоподібної кишки.

10.07.2008 р. мала місце операція – лапароскопія, сигмокольпопоез із відновленням безперервності товстої кишки сигморектоанастомозом “кінець в кінець” апаратним швом, апендектомія.

Під час операції мобілізували ділянку сигмоподібної кишки завдовжки 22 см, розвернули її на судинній ніжці на 180 ° проти годинникової стрілки і фіксували в присінку піхви рідкими вузловими швами. Сигмоподібна кишка прошита і пересічена за допомогою ендоскопічного зшивального апарата “Ендоджі”. Безперервність товстої кишки відновлена за допомогою циркулярного зшивального апарата діаметром 29 мм, головка апарата була введена в сигмоподібну кишку через розріз у правій клубовій ділянці завдовжки 5 см. У зв'язку з втягненням червоподібного відростка в спайковий процес після першої операції (перитонеального кольпопоезу) і враховуючи наявність в ньому вторинних змін, було прийнято рішення виконати лапароскопічно асистовану апендектомію з розрізу в правій клубовій ділянці, через який вводилася головка циркулярного зшивального апарата. На 3-тю добу відкрито трансплантат з боку піхви і фіксовано додатковими вузловими швами ниткою вікріл 2/0.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, післяопераційні проколи загоїлись первинним

натягом. При контрольному огляді через 6, 12, 24 місяці стан трансплантата задовільний, хвора живе регулярним статевим життям.

Дві інші пацієнтки, яким були виконані операції за подібною методикою, також вважають результати їх задовільними.

Висновки. Незважаючи на нечасті випадки аплазій піхви, проблема корекції даної патології має достатньо велике соціально-медичне значення. При виборі тактики лікування уроджених аплазій піхви клініцистам слід керуватися такими принципами: достатньою ефективністю методу; безпечністю методу з боку розвитку ускладнень;

швидкістю медичної та соціальної реабілітації; адекватним обмеженням термінів госпіталізації і вартості оперативного втручання; вагомим поліпшенням якості життя пацієнток. Наведені вище результати сигмокольпопоезу з використанням лапароскопічної техніки свідчать про високу відповідність даного методу вищепереліченим критеріям ефективності і безпеки, що робить лапароскопічний сигмокольпопоез операцією вибору при даній патології. При вирішенні питання про вік проведення вагінопластики при уроджених аплазіях піхви перевагу слід віддавати підлітково-юнацькому періоду, що забезпечує оптимальні анатомо-функціональні результати.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: ЭликсКом, 2004.
2. Гришаева Л.Ю. Оценка различных методов создания искусственного влагалища при патологии пола // Материалы конференции “Новые технологии и организация медицинской помощи на современном уровне”. – М., 2005. – С. 48.
3. Кирпатовский И.Д., Гришаева Л.Ю. Создание искусственного влагалища из сигмовидной кишки: за и против // Материалы 5 международного конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М., 2006. – С. 65.
4. Кирпатовский И.Д., Угрюмова Л.Ю. Патология дифференцировки пола и варианты коррекции // Материалы V Российского форума “Мать и Дитя”. – М., 2003. – С. 365.
5. Негмаджанов Б.Б. Сигмоидальный кольпопоз у детей и подростков: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
6. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрансформационные операции. – М.: Медицина, 2000.
7. Long-term results after operative correction of vaginal aplasia / V.J. Mobus, K. Kortenhorn, R. Kreienberg, V. Friedberg // Am. J. Obstet. Gynecol. 2006. – Vol. 175, № 3. – P. 619-624.

Отримано 08.09.10