

МРНТИ 76.29.48

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЛЬПОПОЭЗА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ж.У. Султанова, Д.В. Джакупов, Т.К. Кудайбергенов, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А. Кусайнова, И.Н. Каримжанов, З.Е. Барманашева, Ж.М. Омаркулова.

Институт репродуктивной медицины  
Казахский медицинский университет непрерывного образования  
Казахстан, Алматы

### АННОТАЦИЯ

Аплазия матки и влагалища является абсолютной формой бесплодия и прогноз в плане самостоятельной реализации репродукции неблагоприятный, а целью поддержания социального статуса – благоприятный.

**Ключевые слова:** кольпопоз, аплазия влагалища, неовлагалище, лапароскопический брюшинный кольпопоз.

Врожденные пороки развития женских половых органов составляют 14% всех врожденных аномалий развития и занимают 3 место после врожденных пороков сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы [1]. Аномалии матки и влагалища формируются в критические периоды внутриутробной жизни, когда наиболее интенсивен процесс закладки и дифференцировки (органогенез) половых органов (т. е. с 5-6 по 12-16 недели беременности). Пороки матки и влагалища наблюдаются у 4,3-6,7% женщин репродуктивного возраста, при бесплодии этот показатель может достигать 8%, а у пациенток с привычным невынашиванием беременности - 12,6-18,2%.

Врожденные пороки развития женских половых органов по данным ряда авторов составляют 6,5% среди девочек с выраженной гинекологической патологией, 4% от всех врожденных аномалий развития [1,2]. По данным проведенного скрининга в Республике Казахстан, частота аномалий развития встречается от 0,66% до 1,2% девочек до 18 лет.

Проблема развития пороков половых органов остается значимой, так как при выявлении причин возникновения пороков гениталий определяются меры профилактики, совершенствование методов диагностики и их хирургической коррекции [3].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** изучить особенности лапароскопически ассистированного брюшинного кольпопоза в условиях гинекологического отделения Института репродуктивной медицины (ИРМ).

**МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ:** обследовано 17 девушек с различными формами аномалий развития и нарушения полового развития обратившихся в ИРМ.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ИРМ проводились гормональные исследования (пролактин, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон), генетические исследования (кариотипирование), методы ультразвукового исследования с использованием

аппаратов Toshiba Xario, использовано лапароскопическое оборудование (фирмы Karl Storz).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ИРМ г. Алматы за 3 года (с 2017 по 2019 годы) обследовано 17 девушек с различными формами аномалий развития и нарушения полового развития: у 68% выявлена полная форма аплазии матки и влагалища, из них у 2 выявлен функционирующий рудиментарный рог матки; у 20% пациенток - удвоение матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища; у 12% девочек - атрезия гимена. Уровень возникновения аномалии развития половых органов определяет жалобы и время обращения пациентов за медицинской помощью.

Соматический анамнез отягощен перенесенными инфекциями в детском возрасте у 20%, нейроциркуляторной дистонией у 18%, диффузным увеличением щитовидной железы 1 и 2 степени у 13 %, аутоиммунным тиреоидитом у 8%, дискинезией желчевыводящих путей у 6 %, сердечно-сосудистой патологией – пролапс митрального клапана у 5,5%, аппендэктомией 4,8%, хроническим гастритом у 3,5%, хроническим пиелонефритом у 3,1%.

Антропометрические показатели не отличались от нормативов для соответствующего возраста, телосложение правильное, распределение подкожно-жировой клетчатки по женскому типу, хорошо развитые вторичные половые признаки, то есть все девушки соответствовали женскому фенотипу.

При исследовании хромосомного набора во всех случаях определялся женский генотип: 46XX.

Средний возраст девушек с полной формой аплазии матки и влагалища составил 20,3±0,5 лет, основными жалобами являлись отсутствие менструации и затруднения при половом контакте.

При осмотре наружных половых органов отмечалось отсутствие входа во влагалище или неглубокая ямка за девственной плевой. При ректоабдоминальном исследовании в малом тазу матка не определялась или имелся

тяж размерами от 1,5 до 3,0 см. При ультразвуковом исследовании также не определялась матка, яичники были нормальных размеров и структуры, средние размеры яичников составили: правый яичник 2,9±0,4см x 1,5±0,3см x 2,2±0,4см; левый яичник 2,9±0,3см x 1,3±0,3см x 2,5±0,5см. У 2 (8%) пациенток обнаружены фолликулярные кисты яичников диаметром 4,0 см и 5,5см. У одной пациентки (4%) обнаружен функционирующий рудиментарный рог матки – гематометра.

Учитывая особенности эмбриогенеза развития половой и мочевой системы, всем пациенткам произведено УЗИ почек: аномальных изменений почек не обнаружено.

Нами исследовался гормональный статус у девочек

Таблица 1 – Показатели гормонального статуса пациенток с аномалиями развития половых органов.

Гормоны крови	M±m
Пролактин (ММЕ/л)	375,4±23,2
ЛГ (МЕ/л)	4,5±1,2
ФСГ (МЕ/л)	6,3±0,5
Эстрадиол (пкмоль/л)	263,2±13,5
Прогестерон (нмоль/л)	2,1±0,7
Тестостерон (нмоль/л)	1,02±0,3

Гормональные исследования крови характеризовали полноценное функционирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у пациенток. Средние значения гормонов соответствовали возрастным нормативам.

Основным принципом лечения пациенток с полной формой аплазии матки и влагалища является хирургическое создание неовлагалища. В клинике ИРМ проводился брюшинный кольпопоз.

Оперативное лечение заключалось:

1 этап - создание тоннеля и 2 этап - лапароскопическая ассистенция в определении подвижного участка брюшины, создании купола неовлагалища путем наложения на брюшину кисетного шва и в укреплении купола влагалища за счет рудиментов матки и яичников.

Наиболее распространенный метод кольпопоза из тазовой брюшины путем создания ложа для влагалища в ретровезикулярной клетчатке, низведением тазовой брюшины в канал и подшиванием последней к слизистой вульвы [4]. При всех видах кольпопоза основным и достаточно сложным по технике выполнения этапом является создание тоннеля длиной до 10-12 см в слабо-выраженном клетчаточном пространстве между прямой

кишкой и мочевым пузырем. Согласно данным литературы [2], при проведении этапа тоннелирования имеют место ранения передней стенки прямой кишки до 6,8% случаев и до 2,9% ранения задней стенки мочевого пузыря.

Лапароскопическая ассистенция производилась с целью ревизии малого таза, биопсии яичников, а также для облегчения создания канала для неовагины. С помощью лапароскопической манипуляции также формировался купол неовлагалища: при наличии маточных тяжей – за счет ушивания их между собой с подшиванием к ним париетальной брюшины спереди и сзади; при отсутствии маточных тяжей – путем ушивания брюшины кисетным швом.

Брюшинный кольпопоз произведен 9 (56%) пациенткам. В одном случае (4%) при обнаружении рудиментарного функционирующего рога, произведена ампутация рудиментарного рога, в двух случаях (8%) обнаружены фолликулярные кисты яичников размерами до 4 см, произведено вылущивание капсулы кисты, что было подтверждено гистологическим исследованием

Интраоперационные осложнения имели место у 1 пациентки (5,8%) было ранение прямой кишки. В послеоперационном периоде производилась разработка неовлагалища расширителями Гегара № 19-22. Отдаленные результаты показали, что в 30% случаев имели место обтурация неовлагалища и окклюзия входа в неовлагалище, что обусловлено специфическими свойствами брюшины, приводящими к слипчивому процессу.

После реконструктивных операций на влагалище, при отсутствии сексуального партнера рекомендовано периодическое проведение кольпоэлонгации. Следовательно, имеются прекрасные возможности лапароскопии при выполнении операции:

1 Лапароскопия позволяет безошибочно определить направление создания канала, что является профилактикой травмы мочевого пузыря и прямой кишки

2.Лапароскопия позволяет определить наиболее подвижную часть брюшины требующей покрытия стенок созданного тоннеля.

3 Лапароскопия позволяет контролировать формирование купола влагалища

4. При выявлении сопутствующей гинекологической патологии позволяет провести ее коррекцию.

Таким образом, аплазия матки и влагалища является абсолютной формой бесплодия и прогноз в плане самостоятельной реализации репродукции негативный, а с целью поддержания социального статуса – благоприятный.

Проведение реконструктивно-пластических операций позволяет улучшить качество жизни пациенток с аномалиями развития внутренних половых органов. В настоящее время при наличии вспомогательных репродуктивных технологий – пациентки могут иметь биологическое потомство с помощью суррогатного материнства.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л.В., Кулаков, В.И., Хашукоева, А.З. Пороки развития матки и влагалища. М.: Медицина, 1998, с. 328.
2. Dargent D., Marchiole P., Giannesi A., et al. Laparoscopic Davydov or laparoscopic transposition of the peritoneal colpopoiesis described by Davydov for the treatment of congenital vaginal agenesis: the technique and its evolution. *GynecolObstetFertil* 2004; 32: 1023.
3. Morcel, K., L. Camborieux, and D. Guerrier, Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis*, 2007. 2: p. 13.
4. Zhou J.H., Sun J., Yang C.B., et al. Long-term outcomes of transvestibularvaginoplasty with pelvic peritoneum in 182 patients with Rokitansky's syndrome. *FertilSteril* 2010; Vol. 94, N 6: 2281-2285.
5. Bombard D.S., Mousa S.A. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: complications, diagnosis and possible treatment options: a review. *GynecolEndocrinol*, 2014: 30(9): 618-623.

## REFERENCE

1. Adamyan, L.V., Kulakov, V.I., Khashukoeva, A.Z. Malformations of the uterus and vagina. M.: Medicine, 1998, p. 328.
2. Dargent D., Marchiole P., Giannesi A., et al. Laparoscopic Davydov or laparoscopic transposition of the peritoneal colpopoiesis described by Davydov for the treatment of congenital vaginal agenesis: the technique and its evolution. *GynecolObstetFertil* 2004; 32: 1023.
3. Morcel, K., L. Camborieux, and D. Guerrier, Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis*, 2007. 2: p. 13.
4. Zhou J.H., Sun J., Yang C.B., et al. Long-term outcomes of transvestibularvaginoplasty with pelvic peritoneum in 182 patients with Rokitansky's syndrome. *FertilSteril* 2010; Vol. 94, N 6: 2281-2285.
5. Bombard D.S., Mousa S.A. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: complications, diagnosis and possible treatment options: a review. *GynecolEndocrinol*, 2014: 30(9): 618-623.

## SUMMARY

## SURGICAL ASPECTS OF COLPOPOESIS IN PATIENTS WITH ABNORMALITIES OF THE DEVELOPMENT OF THE GENITAL ORGANS

**Zh.U. Sultanova, D.V. Dzhakupov, T.K. Kudaibergenov, D.D. Shardarbekova, F.A. Kusainova, I.N. Karimzhanov, Z.E. Barmanasheva, J.M. Omarkulova.**

Institute of Reproductive Medicine  
Kazakh Medical University of Continuing Education  
Kazakhstan, Almaty

Aplasia of the uterus and vagina is an absolute form of infertility. The prognosis for independent pregnancy is unfavorable, but to maintain social status – favorable.

**Keywords:** *colpopoiesis, aplasia of the vagina, neovagina, laparoscopic peritoneal colpopoiesis.*

## ТҮЙІНДІМЕ

## ЖАЛПЫ ҰЙЫМДАРДЫҢ ДАМУЫНА ҚАТЫСУШЫЛЫҚТЫ ПАТЕНТТЕРДЕГІ КОЛПОПОЕЗДІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ АСПКТІЛЕРІ

**Ж.У.Сұлтанова, Д.В.Жакупов, Т.К. Құдайбергенов, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А.Кусаинова, И.Н. Кәрімжанов, З.Е. Барманашева, Ж.М. Омарқұлова**

Репродуктивті медицина институты  
Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті  
Қазақстан, Алматы

Жатыр мен қынаптың аплазиясы бедеуліктің абсолютті түрі болып табылады. Реконструктивті пластикалық хирургия ішкі жыныс мүшелерінің дамуында ауытқулары бар науқастардың өмір сүру сапасын жақсартып алады.

**Түйін сөздер:** *колпопоз, вагинальды аплазия, неовагина, лапароскопиялық перитонеальді кольпопоз.*