

## СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА

© 2015 С.В.Мешков

Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина

Статья поступила в редакцию 18.09.2015

В исследование включены 26 пациенток с аплазией влагалища, которым были выполнены два вида кольпопоза. В первой группе пациентки, которым выполнен кольпопоз из сигмовидной кишки, во второй группе пациентки, которым выполнен кольпопоз из тазовой брюшины. Отдаленные результаты этих методов оказались сопоставимы.

*Ключевые слова:* аплазия влагалища, кольпопоз, синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера.

*Введение.* Наиболее неблагоприятным в социальном плане пороком развития половых органов является аплазия влагалища, которая встречается примерно 1:5000 женщин. Данная патология вызывает у пациенток хронический стресс, вплоть до суицидальных попыток, в связи с невозможностью нормальной половой жизни и создания семьи.

В настоящее время помимо консервативных способов – кольпоэлонгация, существует множество хирургических способов формирования искусственного влагалища: из сигмовидной и тонкой кишки, из переходной складки тазовой брюшины, из кожи промежности и половых губ. Все они имеют свои преимущества и недостатки. В последние десятилетия, в связи с развитием эндовидеохирургических технологий, оперативное вмешательство по формированию неовагины возможно выполнить лапароскопическим методом. Мы в своей практике используем два метода хирургического лечения – кольпопоз из тазовой брюшины и сигмовидной кишки.

*Материалы и методы.* За период с 2004 по 2015 гг. в Самарской областной клинической больнице им. В.Д. Середавина прооперировано 26 пациенток с аплазией влагалища. Все операции были выполнены лапароскопическим методом. У семи пациенток кольпопоз осуществлен из сигмовидной кишки и у 19 из тазовой брюшины. Показаниями к операции было желание пациенток иметь нормальные половые отношения с партнером и создание семьи. Возраст больных составил от 18 до 25 лет.

Технические аспекты оперативного вмеша-

тельства хорошо освещены в литературе<sup>1</sup>. В случае кольпопоза из сигмовидной кишки оперативное вмешательство состояло из двух последовательных этапов. Первым этапом после определения подвижности сигмовидной кишки производили мобилизацию ободочной кишки от селезеночного угла до ректосигмоидного отдела. Далее определяли границу резекции с учетом кровоснабжения резецируемого участка сигмовидной кишки. Для этого особенно тщательно идентифицировали нижнюю брыжеечную и верхнюю геморроидальную артерию с сигмовидными ветвями. После этого с помощью линейных сшивающих аппаратов резецировали участок кишки с сохраненным кровоснабжением, достаточный для низведения без натяжения до кожи промежности. Непрерывность кишечного тракта восстанавливали с помощью циркулярного сшивающего аппарата по типу конец в конец.

Вторым этапом создавали туннель в тазовой клетчатке между прямой кишкой и мочевым

<sup>о</sup> Мешков Сергей Викторович, кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения абдоминальной хирургии. E-mail: [msvdoc@mail.ru](mailto:msvdoc@mail.ru)

<sup>1</sup> Миланов, Н.О. Коррекция пола при транссексуализме / Н.О.Миланов, Р.Т.Адамян, Г.И.Козлов. – М.: ООО «Калинин и К», 1993. – 151с.; Кулаков, В.И. Оперативная гинекология-хирургические энергии / В.И.Кулаков, Л.В.Адамян, О.А.Мынбаев. – М.: Медицина. – 1999. – 861 с.; Кирпатовский, И.Д. Патология и коррекция пола / И.Д.Кирпатовский, И.В.Голубева. – М.: Изд-во РУДН, 1992. – 299 с.; Симич, П. Хирургия кишечника / П.Симич. Бухарест: Медицинское изд-во. – 1979. – 399 с.; Клиффорд, Р. Уиллис. Атлас тазовой хирургии / Клиффорд Р. Уиллис. – М.: Медицинская литература, 1999. – 540 с.; Войленко, В.Н. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости / В.Н.Войленко, А.И.Меделян, В.М.Омельченко. – М.: Изд-во Медицина, 1965. – 606 с.; Уварова, Е.В. Репродуктивное здоровье детей и подростков / Е.В.Уварова // «ГЕОТАР-Медиа». – 2011. – №1. – С. 57 – 61.

пузырем до брюшины дугласового пространства. После вскрытия брюшины в этой области, в созданное ложе для будущего влагалища низводили участок резецированной сигмовидной кишки на питающей сосудистой ножке с разворотом трансплантата на 180 гр.. Низведенный участок сигмовидной кишки фиксировали к тазовой брюшине со стороны брюшной полости и к рудиментарной слизистой преддверия влагалища со стороны промежности, после чего вскрывали выведенный конец кишки.

В случае кольпопоза из тазовой брюшины лапароскопическим методом мы используем способ впервые предложенный Н.Д.Селезневой и соавторами. (1984) и модифицированный Л.В.Адамян (1992). Сущность которого заключается в низведении к рудиментарной слизистой преддверия влагалища, мобилизованных при лапароскопии листков тазовой брюшины и создания купола неовагины лапароскопическим методом.

*Результаты.* В группе пациенток которым проведен кольпопоз из сигмовидной кишки у одной сформировался абсцесс малого таза в результате микронесостоятельности кишечного анастомоза, в связи с чем была произведена релапароскопия, ушивание места микронесостоятельности, санация, дренирование брюшной полости. Выздоровление. У второй пациентки после начала половой жизни возникло частичное выпадение дистальной части неовагины, потребовавшее проведения корректирующей операции. В первые месяцы после операции пациентки отмечали наличие слизистого отделяемого характерного для толстой кишки из неовагины. Половая жизнь разрешалась через 2 – 3 месяца после операции. Как правило, болезненных ощущений и дискомфорта пациентки не отмечают.

В группе пациенток, которым произведен кольпопоз из тазовой брюшины мы не наблюдали интра и послеоперационных осложнений. У некоторых пациенток возникает временное втягивание кожи промежности в сторону неовлагалища и наружного отверстия уретры вглубь,

в связи с чем возникают дизурические явления. В послеоперационном периоде мы рекомендуем длительно пользоваться эстрогенсодержащими кремами (овестин), контратубексом с целью улучшения трофики тканей, в результате чего ткани становятся более эластичными и растяжимыми. Практически всем пациенткам этой группы в послеоперационном периоде требуется перед началом половой жизни непродолжительный курс самостоятельной кольпоэлонгации. Половая жизнь у данной группы пациенток возможна через 3 – 4 месяца, когда происходит эпителизация, уходят процессы воспаления и ткани становятся эластичными. В противном случае возникает излишняя травматизация с развитием процессов рубцевания, что может свести на нет все усилия. В первое время после начала половой жизни некоторые пациентки отмечают дискомфорт.

*Обсуждение.* Мы провели анализ отдаленных результатов (от 5 до 9 лет) пациенток оперированных по поводу аплазии влагалища. Пять пациенток с неовагиной из сигмовидной кишки и семь пациенток с неовагиной из тазовой брюшины. Критерием оценки считали субъективную удовлетворенность женщин половой жизнью и качеством жизни, внешние эстетические моменты. Ни одна из женщин не предъявляла жалоб на дискомфорт при половой жизни. Со стороны эстетики претензий не было.

*Заключение.* Таким образом, отдаленные результаты кольпопоза из сигмовидной кишки или тазовой брюшины не имеют какого либо значимого различия. Создание искусственного влагалища из сигмовидной кишки является операцией выбора и может быть использовано при любом варианте анатомического строения промежности, а выполнение ее лапароскопическим методом позволяет достичь хороших косметических результатов, что особенно актуально для молодых пациенток. Однако в техническом отношении эта операция является более сложной и опасной по сравнению с кольпопозом из тазовой брюшины, так как связана с резекцией ободочной кишки.

## **COMPARISON OF LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF APLASIA OF VAGINA**

© 2015 S.V.Meshkov<sup>o</sup>

Samara regional clinical hospital named after V.D.Seredavin

The research includes 26 patients with the aplasia of vagina being performed surgery of two types of colpoptoiesis. The first group includes patients with performed surgery of colpoptoiesis from a sigmoid bowel, the second group – colpoptoiesis from a pelvic peritoneum. The long-term results of these methods appeared to be comparable.

*Keywords:* aplasia of vagina, colpoptoiesis, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome.

---

<sup>o</sup> *Meshkov Sergey Viktorovich, candidate of medical sciences, doctor-surgeon of office of abdominal surgery.  
E-mail: [msvdoc@mail.ru](mailto:msvdoc@mail.ru)*