

Зокиров Ф. И.,
Негмаджанов Б. Б.
Сафаров А. Т.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МУКОКОЛЬПОСОМ С СОХРАНЕНИЕМ КОЛЬЦЕВИДНОГО ГИМЕНА

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. - доц. Сафаров А. Т.) и кафедра акушерства и гинекологии (зав. - проф. Негмаджанов Б. Б.)
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А. М.)

Актуальность: Атрезия девственной плевы (АДП) является крайней степенью различных конфигураций девственной плевы (ДП). Отклонения в эмбриологическом развитии девственной плевы могут проявляться в виде кольцевидного сужения (hymen annularis), перегородчатая плева (hymen septus), решетчатость (hymen cribriform is), высокая девственная плева (hymen altus), а так же нарушением ригидности и/или эластичности гимена. Все это способствует тому, что нередко при осмотре новорожденной неонатологом сразу после родов данная патология остается незамеченным [4,5].

В неонатальном периоде под воздействием материнского эстрогена железы влагалища новорожденной секретируют слизь, вследствие накопления которой при АДП развивается мукокольпос. Последний вызывает выраженный болевой синдром, вплоть до ишурии. Сложность диагностики заключается в разнообразии причин «острого живота» и недостатке времени для выработки оптимальной тактики ведения и необходимости проведения, быстрых и эффективных диагностических мероприятий, немедленного начала лечения. Следствием диагностических ошибок является выполнение необоснованных хирургических вмешательств у 24—34% больных с анатомическими отклонениями наружных гениталий [1,7,8].

Цель исследования. Определить хирургический исход иссечения девственной плевы с сохранением гименального кольца у девочек с мукокольпосом

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 23 девочек в возрасте от 4,5 месяцев до 2,4 лет (средний возраст 9,5 месяцев) обратившихся в отделение детской гинекологии Самаркандского Областного Многопрофильного Детского Центра в период с 2008 по 2011 года.

Из 23 девочек 16 поступили с жалобами на боли внизу живота, при этом у 5 наблюдалась острая задержка мочи. 5 девочек поступили с жалобами на объемное образование в области наружных гениталий. Из анамнеза 2-х девочек из 23 поступивших было выяснено, что им был поставлен диагноз «заращение девственной плевы осложненная мукокольпосом» и была произведена рутинная пункция образования с эвакуацией содержимого и санацией влагалища. При осмотре было обнаружено вторичное заращение девственной плевы и признаки воспаления - вульвит.

Всем поступившим больным кроме общеклинических методов исследования было проведено УЗИ. У всех больных при помощи УЗИ был

подтвержден диагноз. Интересует тот факт что, из 23 поступивших у 6 до поступления было проведено УЗИ. при котором была диагностирована объемное образование малого таза. При осмолре в гинекологическом кресле и раскрытии малых и больших половых губ отмечалось куполообразное выбухание девственной плевы с желтовато - серым оттенком. При надавливании на надлобковую область отмечалось напряжение образования, так же отмечался положительный кашлевой симптом.

После соответствующей подготовки и обезболивания больным придавалось литотомическое положение. Большие и малые половые губы раздвигались латерально - обеспечивался адекватный доступ. Далее униполярным коагуляционным ножом повторяя ход гименального кольца производился разрез гимена и иссекалась часть гименальной ткани в центре. После этого производилась эвакуация содержимого и тщательная санация влагалища раствором перекиси водорода. В послеоперационном периоде наружные половые органы 2 раза в день обрабатывались антисептическими растворами. 2-м больным с вторичным заращением ДП проводилась антибактериальная терапия в связи присоединившейся вторичной инфекции. У остальных больных послеоперационный период протекал гладко без инфекционных осложнений и на 3-е сутки после контрольного осмотра больные выписались домой в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре на 3-е сутки отмечалось хорошее заживление, гименальное отверстие оставалось открытым с сохраненным гименальным кольцом как при физиологической норме. Следующий контрольный осмотр производился через месяц после выписки, при котором каргина гимена была неизменной, рецидивов не отмечалось.

Обсуждение и заключение: Атрезия девственной плевы является самой частой обструктивной патологией женских половых органов и в популяции встречается с частотой 1 случай на 1 000-10 000. Обычно атрезия девственной плевы встречается sporadически, но в последнее время в литературе все чаще встречаются сообщения о семейных случаях. Поэтому рекомендуется также рутинный осмотр первостепенных родственников больной [3,5,6,9].

Ведение больных с атрезией девственной плевы остается неизменным со времен первых описаний оперативных вмешательств. Были рекомендованы разные подходы к ведению, таких как использование лазера или электрохирургии вместо скальпеля для

иссечения девственной плевы но в виду разных причин данные рекомендации не нашли широкого применение в практике. В настоящее время широко используется классический метод с использованием крестообразного разреза девственной плевы, при котором после эвакуации содержимого 4 края иссеченной плевы с помощью рассасывающего шовного материала пришиваются к слизистой влагалища для предупреждения вторичного зарращения гименального отверстия [2,10].

Данный метод, несмотря на хороший хирургический исход, имеет огромный недостаток, так как при пришивании краев девственной плевы к слизистой влагалища зачастую нарушается целостность девственной плевы. Кроме того при нанесении разреза имеется большой риск травмы как гименального кольца так и уретры.

Принимая во внимание тот факт, что интактный гимен является признаком девственности данный недостаток является неприемлемым во многих социальных культурах, в том числе и в Узбекистане.

Таким образом, в заключении можно сказать, что иссечение девственной плевы с сохранением гименального кольца является самым рациональным методом хирургического лечения атрезии девственной плевы с удовлетворительным исходом. Данный метод полностью исключает риск травмы как уретры так и гименального кольца, при этом нет необходимости в дополнительном наложении швов для предупреждения вторичного зарращения гименального кольца и тем самым сохраняется целостность последнего. Кроме того важно отметить что при данном методе уменьшаются как сроки пребывания в стационаре так и финансовые затраты на лечение.

Литература

1. Bajaj M, et al. Imperforate hymen: a not so benign condition. *J Paediatr Child Health*. 2006;42(1 1):745-6.
2. Basaran M, Usal D, Aydemir C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Aug 2009;22(4):e61 -4. [Medline].
3. Dane C, Dane B, Erginbas M, Cetin A. Imperforate hymen-a rare cause of abdominal pain: two cases and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Aug2007;20(4):245-7. [Medline].
4. Heger AH, Ticson L, Guerra L, ct al. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *JPediatr Adolesc Gynecol*. Feb 2002;15(1):27-35. [Medline].
5. Hewitt G. Examining pediatric and adolescent gynecology patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Aug 2003;16(4):257-8. [Medline].
6. Lim YH, Ng SP, Jamil MA. Imperforate hymen: report of an unusual familial occurrence. *J Obstet Gynaecol Res*. Dec 2003;29(6):399-401. [Medline].
7. Nazir Z, Rizvi RM, Qureshi RN, Khan ZS, Khan Z. Congenital vaginal obstructions: varied presentation and outcome. *Pediatr SurgInt*. Sep 2006;22(9):749-53. [Medline].
8. Posner JC, Spandorfer PR. Early detection of imperforate hymen prevents morbidity from delays in diagnosis. *Pediatrics*. Apr 2005;! 15(4): 1008-12. [Medline], [Full Text],
9. Sakalkale R, Samarakkody U. Familial occurrence of imperforate hymen. *J Pediatr Adolesc Gynecol*-. Dec 2005;18(6):427-9. [Medline],
10. Te Linde's Operative Gynecology, 10th Edition. John A. Rock, Howard W. Jones. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.