

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТОТЕХНИКИ

Кира Е.Ф., Политова А.К., Вязьмина К.Ю.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТОТЕХНИКИ

Политова А.К., Кира Е.Ф., Вязьмина К.Ю.

Аномалии женских половых органов составляют 4% среди всех врожденных пороков развития. Аплазия влагалища и матки встречается 1 раз на 4000–5000 новорожденных девочек. 90% всех наблюдений аплазии влагалища приходится на синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера-Хаузера и только в 7% случаев наблюдается аплазия влагалища при функционирующей матке.

Синдром Рокитанского-Майера-Кюстнера-Хаузера характеризуется (рис. 1, 2):

- врожденным отсутствием влагалища и матки;
- нормальной функцией яичников;
- женским фенотипом и кариотипом;
- часто встречается сочетание с другими врожденными пороками развития (скелета, органов мочевого выделения).

При аплазии влагалища и при функционирующей матке имеется (рис. 3):

- врожденное полное или частичное отсутствие влагалища при функционирующей нормальной или рудиментарной матке;
- нормальная функция яичников;
- женский фенотип и кариотип;
- частое сочетание с другими врожденными пороками развития и эндометриозом.

Существуют несколько вариантов хирургического лечения аплазии влагалища при функционирующей матке:

- Кольпоэлонгация;
- Кожный кольпопоз;
- Одноэтапный кольпопоз из тазовой брюшины;
- Сигмоидальный кольпопоз в сочетании с экстирпацией матки;
- Кольпопоз из тазовой брюшины

с лапароскопической ассистенцией в сочетании с экстирпацией матки;

- Брюшинный кольпопоз с лапароскопической ассистенцией и формирование маточно-неовлагалищного анастомоза.

Первые 4 вида хирургических вмешательств малоэффективны и представляют лишь исторический интерес.

В настоящее время наиболее часто применяются модификации брюшинного кольпопоза по С.Н.Давыдову в сочетании с экстирпацией матки, после чего беременность становится невозможной. Схематически эта операция представлена на рисунке 4.

Нами представляется клиническое наблюдение модифицированного

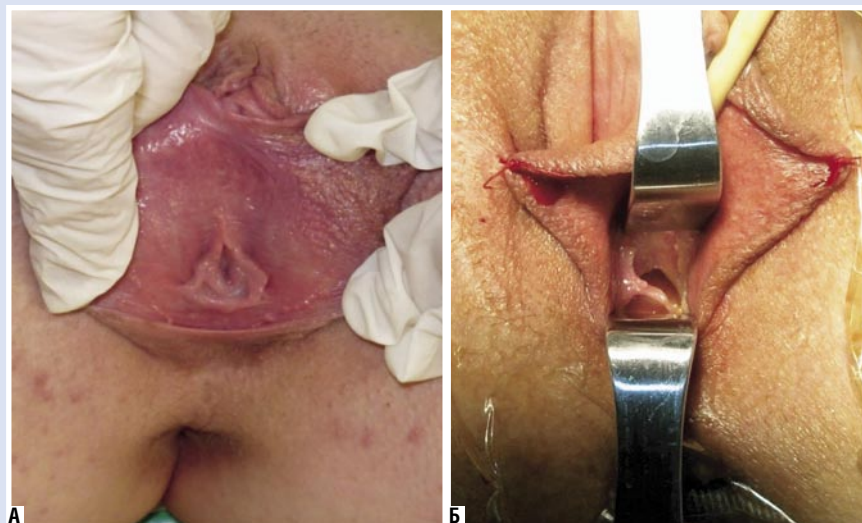


Рис. 1. Врожденное отсутствие влагалища при нормальном интроитусе (А); длина рудиментарного влагалища 1,5 см, девственная плева в виде косого тяжа слизистой оболочки (Б)

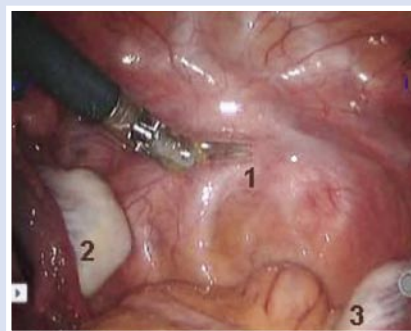


Рис. 2. Общий вид при лапароскопии: 1 – отсутствует матка; 2, 3 – нормально развитые яичники и 4 – маточные трубы

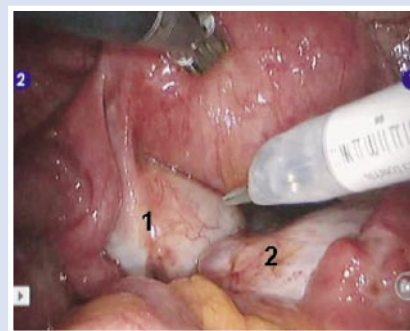


Рис. 3. Общий вид при лапароскопии: эндометриомы обоих яичников (1, 2); матка нормальных размеров (3)

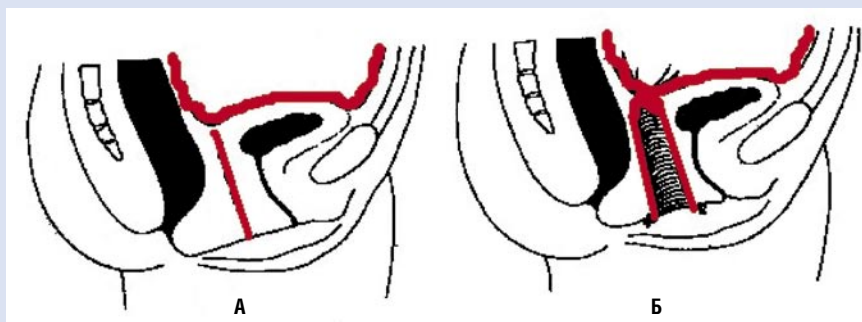


Рис. 4. Схема операции брюшинного кольпопоза

брюшинного кольпопоза с использованием роботизированного комплекса да Винчи.

Пациентка П., 18 лет, поступила в гинекологическое отделение клиники женских болезней НМХЦ им. Н.И. Пирогова с жалобами на периодические тянущие боли в нижних отделах живота и отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что боли в животе беспокоят с 15 лет, в 16-летнем возрасте пациентка обратила внимание на отсутствие менструаций. В 17 лет диагностирован синдром Рокитанского-Майера-Кюстнера-Хаузера, рекомендовано хирургическое лечение.

При осмотре в отделении: правильного телосложения, астенична, рост 156 см, масса тела 49 кг. Индекс массы тела – 20,1. Развитие вторичных половых признаков соответствует возрастной норме.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты по женскому типу. Дно преддверия влагалища в виде девственной плевы с отверстием, через которое зондированием определяется рудимент влагалища длиной 1,5 см (рис. 1Б). При ректо-абдоминальном исследовании определяется матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. В проекции придатков матки с двух сторон определяются округлые, умеренно болезненные образования, диаметром 5 см.

Данные дополнительного обследования: 1) УЗИ малого таза – тело матки 42×34×42 мм, толщина эндометрия 7,8 мм. Шейка матки не визуализируется, полость матки снизу заканчивается слепо, в проекции шейки – тяж средней эхогенности 17×10 мм. Двусторонние эндометри-

оидные кисты яичников. 2) Результаты МРТ малого таза подтверждают данные ультразвукового исследования.

После обследования был установлен диагноз: Аномалия развития женских половых органов. Аплазия влагалища и шейки матки. Двусторонние эндометриомы. Аменорея I.

11.08.2009 г. выполнена робот-ассистированная (da Vinci) операция: Брюшинный кольпопоз с формированием маточно-влагалищного анастомоза. Удаление эндометриом обоих яичников.

Первым этапом со стороны влагалища был сформирован ректо-уретрально-везикальный канал до уровня тазовой брюшины (рис. 5). Последняя была низведена в преддверие влагалища и фиксирована к коже вульварного кольца отдельными узловыми швами.

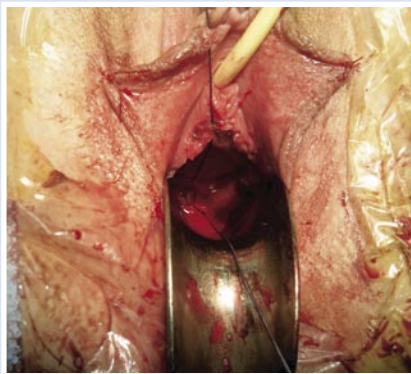


Рис. 5. Влагалищный этап операции – формирование ложа неовлагалища и низведение тазовой брюшины с фиксированием ее на уровне входа во влагалище

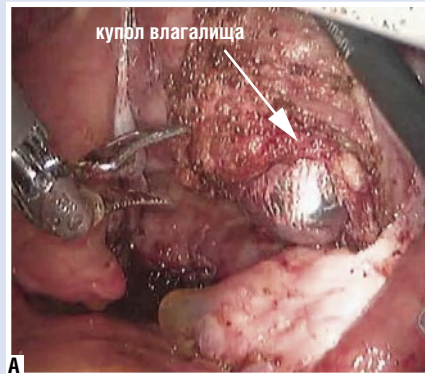


Рис. 6. Робот-ассистированный этап операции: формирование маточно-влагалищного анастомоза. А – купол влагалища рассечен, во влагалище расширитель Гегара №26. Б – через влагалище проведен расширитель Гегара №10 и помещен в полость матки

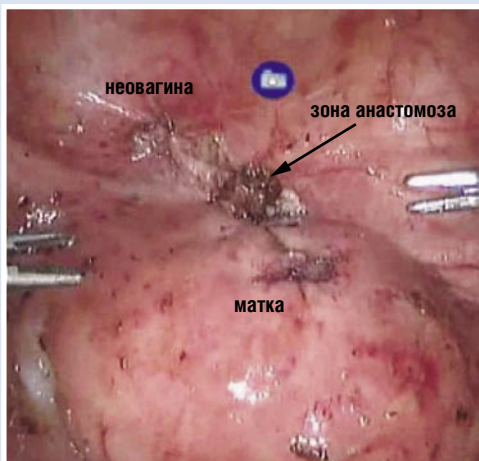


Рис. 7. Робот-ассистированный этап операции: маточно-влагалищный анастомоз – окончательный вид



Рис. 8. 6-е сутки послеоперационного периода. В полости матки и в мочевом пузыре установлены катетеры Фоли



Рис. 9. Через 1,5 месяца после операции

Левчук А.Л., Степанюк И.В.
МНОГОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Вторым этапом с использованием хирургического роботизированного комплекса da Vinci эндоножницами была вскрыта пузырно-маточная складка над расширителем Гегара №26, введенного в неовлагалище (рис. 6А). Далее по передней стенке влагалища выполнен продольный разрез 3 см до проникновения в полость матки и идентификации эндометрия. заменен на №10, проксимальный конец которого помещен в полость матки и над расширителем произведено ушивание передней стенки матки (рис. 6Б). После этого отдельными швами полисорб №3/0 циркулярно купол неовлагалища соединен с нижним сегментом матки. Сформирован маточно-неовлагалищный анастомоз (рис. 7). В полость матки для предупреждения заращения в области анастомоза установлен катетер Фоли №16 на 7 суток.

Типично выполнено удаление эндометрием обоих яичников. Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 7-е сутки (рис. 8). При осмотре спустя 1,5 месяца после операции – длина неовлагалища 10 см (рис. 9). Возникнул регулярный менструальный цикл.

В результате комбинированного хирургического лечения сформировано неовлагалище и маточно-вагинальный анастомоз, после чего у пациентки стали возможными нормальные менструации, половая и репродуктивная функции.

Таким образом, с помощью роботизированной хирургической техники выполнено малоинвазивное лечение редкого порока развития женских половых органов. Операцию брюшинного кольпопоза разработал отечественный гинеколог

С.Н. Давыдов (Ленинград) в 1977 году. В последующем эту операцию усовершенствовали и стали выполнять лапароскопически. В литературе мы не нашли сообщений о выполнении подобных оперативных вмешательств в Европе с помощью роботизированной техники. В настоящее время в нашем Центре выполнено 7 эндовидеохирургических операций по поводу аплазии влагалища, из них 4 – с использованием роботизированных технологий, 3 – с лапароскопической ассистенцией.

Контактная информация

Кира Е.Ф.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70
e-mail: nmhc@mail.ru

МНОГОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Левчук А.Л., Степанюк И.В.

STAGED TREATMENT OF CHOLELITHIASIS COMPLICATIONS

Levchuk A.L., Stepanyuk I.V.

Желчнокаменная болезнь – одно из самых распространенных заболеваний, проблема, которая в наше время приобрела не только медицинское, но и социальное значение. По распространенности она занимает 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

В России число ежегодно выполняемых холецистэктомий превышает 120 тыс.

В мире каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина имеют камни в желчном пузыре и/или желчных протоках.

У 10–15% взрослого населения имеются камни в желчном пузыре, даже если других проявлений болезни нет.

Заболеваемость, как среди мужчин, так и среди женщин постепенно увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60 годам. Однако, наиболее описаны осложнения, связанные с желчнокаменной болезнью (холедохолитиаз, механическая желтуха, гнойно-септические осложнения, перфорация и т.д.).

Приводим наше клиническое наблюдение:

Больная А. 20 лет 19.01.09. была госпитализирована в урологическое отделение НМХЦ им. Н.И. Пирогова с направительным диагнозом острый неструктивный пиелонефрит. В анамнезе в течение полугода повторные эпизоды лихорадочного синдрома и ноющих болей в правой поясничной области.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание ве-

зичулярное. Р – 88 в 1 мин. АД – 125/80 мм Hg. Живот не вздут мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Небольшая болезненность в поясничной области справа.

При обследовании: на УЗИ и КТ брюшной полости – выявлена картина желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, холангиогенного многокамерного абсцесса 7–8 сегментов правой доли печени (рис. 1). Данных за очагово-деструктивные изменения в почках нет.

В связи с выявленной патологией больная переведена в клинику гнойно-септической хирургии, где 21.01.09 г. – выполнено вскрытие и дренирование абсцесса печени по Мельникову (рис. 2). Эвакуировано до 100 мл гнойно-желчного содержимого.

Больной проводилась комплексная детоксикационная терапия. С целью декомпрессии желчных протоков, купирования механической желтухи и удаления конкрементов из общего желчного протока 27.01.09 г. выполнена ЭПСТ (Рис. 3), при которой эндоскопически удалить