

С.П.Польова

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗНАХІДКИ У ДІВЧАТОК–ПІДЛІТКІВ З АНОМАЛІЯМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Науково-практичний центр оперативної гінекологічної ендоскопії
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У зв'язку з швидким розвитком ендоскопічної техніки в останні роки стало можливим менш інвазивним шляхом проводити діагностику та лікування гінекологічних хворих, зокрема дівчаток-підлітків з аномаліями розвитку статевих органів. Цьому сприяють такі чинники, як зниження травматичності операції, зменшення частоти і важкості ускладнень, значне скорочення тривалості перебування в стаціонарі, хороший косметичний ефект, швидка і якісна діагностика захворювання, що справляє менш травматичну дію на психіку дівчаток-підлітків.

Ключові слова: гістероскопія, лапароскопія, аномалії розвитку геніталій, дівчатка-підлітки.

Вступ. Оперативна ендоскопія в гінекології набула не тільки діагностичного напрямку, але стала незамінною у багатьох випадках як метод оперативного втручання [1,2]. Сучасні технічні можливості забезпечили ендоскопії особливе положення серед інших діагностичних та лікувальних методів [3]. Лапароскопія широко застосовується при стійкому больовому синдромі, аномаліях розвитку внутрішніх статевих органів, пухлинах внутрішніх геніталій, "гострому" животі. Вона дозволяє оперувати в максимально малому об'ємі, виявляти доклінічні форми захворювань, зберегти дітородну функцію дівчинки-підлітка [4,5]. Відсутність симптомів парезу кишечника після лапароскопії, мінімальне порушення кровопостачання органів малого таза, висока фізична активність одразу після виходу з наркозу забезпечують раннє відновлення функції цих органів [6,7,8]

Матеріал і методи. Нами обстежено п'ятеро дівчаток-підлітків віком від 15 до 17 років, що підлягали лапароскопії та гістероскопії з вже встановленим діагнозом аномалій статевих органів, підозрою на них, а також дівчатка-підлітки, аномалії яких вперше були виявлені саме при лапароскопії.

Для цього використовувалась апаратура фірми "Karl Storz" (Німеччина). Лапароскопію проводили за типовою методикою J.Phillips (1991), яка включала такі головні етапи: 1) обробка операційного поля, 2) накладання пневмоперитонеуму після введення голки Вереша біля пупка, 3) введення першого троакара та діагностичний етап лапароскопії, 4) введення додаткових троакарів та маніпуляторів, 5) поглиблена ревізія органів черевної порожнини, 6) оперативний етап лапароскопії, 7) заключний етап, 9) накладання поодиноких швів на шкіру. Пневмоперитонеум накладали закритим способом, рівень інтраабдомінального тиску підтримували автоматично в межах 9-15 мм.рт.ст. Додаткові проколи (від 1 до 2) виконували в гіпогастральній ділянці. У дівчаток до операції вивчали анамнез, проводили УЗД та об'єктивне обстеження. Лапароскопічні втручання виконувалися під ендотрахеальним наркозом з урахуванням віку пацієнтки. Гістероскопія виконувалася під внутрішньовенним наркозом з нагнітанням у матку фізіологічного розчину (за методикою описаною J.Phillips, 1994). Лапароскопія та гістероскопія раніше у жодної з пацієнток не застосовувались. При необхідності одночасно проводили оперативне лікування. Ускладнень під час ендоскопії та після неї не відмічалось.

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічні прояви вроджених аномалій розвитку геніталій в період статевого дозрівання залежать від форми вади. Багато вад розвитку без затримки менструальної крові не виявляють себе в період статевого дозрівання. Такі вади, як однорога, дворога, сідлоподібна

матка, повна перетинка в матці в більшості випадків не діагностуються. При затримці місячних потрібно проводити цілий ряд додаткових методів дослідження. Ендоскопічні методи займають серед них провідне місце. Наводимо приклади з практики.

У двох пацієнток віком 15 та 16 років були запідозрені аплазія матки та піхви. Дівчатка скаржились на відсутність місячних. При об'єктивному дослідженні підтверджена відсутність піхви, матка і придатки не пальпувались, на ехограмі за сечовим міхуром контури матки і піхви відсутні. При лапароскопії в першому випадку були візуалізовані рудиментарні матки, які розташовані біля стінок таза, в другому – одна матка у вигляді тяжа в центрі малого таза. Розміри маток не перевищували 1,5 см. Яєчники мали вигляд мозкоподібної тканини сіро-білого кольору, з борознами, розмірами 2x3 см., розташовані високо біля стінок таза, лійково-тазові зв'язки короткі. Обом дівчатам проведені операції створення штучної піхви по запропонованій нами методиці з твердої мозкової оболонки.

У пацієнтки К., 17 років при лапароскопії нами діагностована функціонуюча рудиментарна матка при синдромі Рокитанського – Кюстнера. Дівчина скаржилась на відсутність місячних, сильні болі внизу живота, причому щомісячно, інтенсивність яких поступово зростала, та неможливість статевого життя. Об'єктивно: вторинні статеві ознаки відповідали вікові, визначалась повна аплазія піхви. При ректальному дослідженні високо в порожнині малого таза пальпувалась пухлина округлої форми, болюча, обмежено-рухлива, розмірами до 10 см. На ехограмі матка визначалась біля правої стінки таза, овоїдної форми, без шийки, розмірами 4,5x3x2,5 см. Порожнина матки розширена за рахунок вмісту неоднорідної структури. При лапароскопії візуалізувались дві матки: права у вигляді конуса розмірами 4,5x3x2,5 см, напружена, темно-бурого кольору, в місці шийки – тяж до склепіння піхви, яєчники розмірами 2,8x2,5 см, біло – сірого кольору, мозкоподібної структури, до і після них тяжі у вигляді щільних сполучнотканинних структур шириною від 1 до 3 см. Ліва матка у вигляді маткового валика розмірами 1,5x0,5x0,5 см.

Пацієнтка Т., 18 років спостерігалась нами у зв'язку з подвоєнням матки, шийки та піхви. В анамнезі їй у 17 років, після заміжжя була розсічена перетинка піхви після самовільного викидня в 18 тижнів вагітності. Пацієнтка мала регулярні помірно-болючі місячні з 13 років. Діагноз поставлений при ультразвуковому дослідженні після самовільного викидня. З метою визначення подальшої тактики лікування були проведені гістероскопія та лапароскопія. При гістероскопії довжина маток: правої – 6,5 см, лівої – 6 см, функціонуючий ендометрій до 1-1,5 см визначався по внутрішніх сторонах обох маток, вічка труб без патології. При лапароскопії візуалізувались дві матки, які до шийки були розділені між собою сполучнотканинним тяжем (шириною 3-2,5 см, довжиною 10 см) від сечового міхура до прямої кишки. Розміри маток зменшені наполовину за рахунок відсутності внутрішніх частин. Придатки були в межах норми.

Пацієнтка Ж., 16 років прийнята в клініку в ургентному порядку у зв'язку з різким больовим синдромом внизу живота. Місячні у дівчинки регулярні, помірно – болючі з 12,5 років. Останні 2 роки місячні стали більш болючими. Об'єктивно: вторинні статеві ознаки розвинуті відповідно вікові, у піхву вільно вводиться дитяче дзеркало, поряд з піхвою зліва визначається пухлиноподібне утворення, яке сильно розтягує статеві губи. При ректальному дослідженні пальпується шийка матки, матка і пухлина поряд з маткою зліва, яка розповсю-

джується по стінці таза до промежини. Ехографічна картина: матка і шийка матки нормальних розмірів, правий яєчник 3x2,5см, звичайної будови, зліва утворення змішаної структури 8x19см, бобоподібної форми, нижній полюс біля прямої кишки. При лапароскопії: матка, праві придатки без особливостей, зліва визначається гематосальпінкс і рудиментарна матка, розмірами 1,5x2см. Проведено пунктування і хірургічне дренування гематосальпінкса.

Висновки.

1. Лапароскопія та гістероскопія є високоінформативним, малоінвазивним та ефективним методом діагностики у дівчаток з аномаліями розвитку геніталій.

2. Ендоскопічні методи діагностики дозволяють остаточно визначити вид аномалії, вибрати правильну тактику лікування, а за необхідності проводити оперативне лікування.

Література. 1. Адамьян Л.М., Кулаков В.И., Киселев С.И., Сашин Б.Е. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний //Материалы Международного конгресса.-М., 1998.- С.38-40. 2. Азиев О.В., Бугеренко А.Е., Кабаудзе Н.М. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний //Материалы Международного конгресса.-М., 1998.- С.31-33. 3. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології // Журн. АМН України - 1999. – Т. 5.- №3 – С. 44-50. 4. Запорожан В.М. Оперативна ендоскопія в гінекологічній клініці //Лікування та діагностика.- 1998. – №1. – С. 52-55. 5. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоендоскопические операции в хирургии и гинекологии.– К.: Здоров'я, 1999. – 297 с. 6. Пшеничникова В.Т., Земм К., Кузнецова Т.В., Волков Н.И. Практическое руководство по оперативной эндоскопии в клинике женского бесплодия. – М.: Медицина, 1991. – 44 с. 7. Савельева Г.М., Азиев О.В. Осложнения лапароскопии в гинекологии // Акушерство и гинекология. – 1997. – №6. – С.9-12. 8. Y. David Adamson, Daniel C. Martin Endoscopic Management of Gynecologic Disease/ Publis Hehs. Philadelphia, New York.- 1995. – 440 с.

ENDOSCOPIC FINDINGS IN ADOLESCENT GIRLS WITH ABNORMALITIES OF GENITAL ORGANS

S.P.Poliova

Abstract. In recent years due to the rapid development of endoscopic technology it has become possible to make a diagnosis and carry out a treatment of gynecologic patients, teen-age girls, in particular, with developmental defects of the genital organs, by less invasive means. Such factors, as a decrease of operative traumatism, a reduction of the frequency and severity of complications, a considerable shortening effect, quick and qualitative diagnosing a disease are conductive, exerting a less traumatic effect on the psychic state of adolescent girls.

Key words: hysteroscopy, laparoscopy, genital developmental defects, teen-age girls.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)