

**FEATURES OF SIGMOID COLPOPOIESIS IN PATIENTS WITH MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME IN COMBINATION WITH PCOS**

*Адылова М. Н., Раббимова Г. Т., Негмаджанов Б. Б.*

**Samarkand State Medical University,  
Samarkand, Uzbekistan**

**Аннотация:**

*В данной статье авторы описывают особенности сигмоидального кольпопоза у пациенток с синдромом Майера-рокитанского-кюстера-хаузера в сочетании с СПКЯ. Следует отметить, то что, синдром Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера (МРКХ) - аномалия развития половых органов, характеризуется аплазией матки и, минимум, верхних 2/3 влагалища у девочек с кариотипом 46,XX. Предложено условное разделение синдрома на 2 типа: изолированный (I тип) и комплексный (II тип), который также относится к ассоциации MURCS (Mullerian agenesis and Renal agenesis and Cervicothoracic Somite abnormalities).. Основной подход в лечении таких пациенток – создание искусственной неовагины – кольпопоз, направленный на обеспечение полноценной половой жизни. Тем не менее, данные о гормональной регуляции и овариальном резерве у женщин с пороками развития единичны и противоречивы. За последние 10 лет у пациенток с синдромом МРКХ, мнение о нормальном состоянии яичников, было опровергнуто рядом работ. С другой стороны, к настоящему времени взгляды на СПКЯ существенно пересмотрены, и из категории редкой спорадической патологии СПКЯ перешел в разряд самой распространенной эндокринопатии и трактуется как своеобразная форма метаболического синдрома. Поэтому ведение пациенток с СПКЯ и аплазий влагалища и матки является актуальным.*

**Ключевые слова:** *сигмоидальный кольпопоз, аплазия матки и влагалища, интраоперационный дреллинг яичников.*

**Цель исследования.** Изучить особенности сигмоидального кольпопоза у пациенток с синдромом МРКХ в сочетании с СПКЯ.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в частной медицинской клинике «Доктор Шифо» с 2010-2020 гг. обследованию подверглись 74 пациентки с аплазией влагалища и матки, которым выполнялся сигмоидальный кольпопоз. Проведено одномоментное проспективное исследование. Основную группу составили 19 пациенток с синдромом МРКХ в сочетании с СПКЯ в возрасте  $27,7 \pm 4,2$  года, группу сравнения – 15 пациенток с синдромом МРКХ без СПКЯ, средний возраст  $28,6 \pm 2,5$  года. Пациенткам проводили

<https://conferencea.org>

гормональное, ультразвуковое, полное клинико-лабораторное обследование. Основными критериями постановки диагноза синдрома МРКХ и СПКЯ явились УЗИ-критерии и клинические признаки гиперандрогении.

**Результаты.** По данным записей в историях болезней, из 24 пациенток в анамнезе у 23 (31,1%) пациенток с аплазией матки и влагалища имели место экстрагенитальные патологии, из них 52 (70,3%) случаев включали сочетанные пороки мочеполовой системы. Анализ приложенных к историям болезней протоколов УЗИ органов мочевой системы показал, что 29 (39,2%) пациенток имели аплазию одной из почек, у 23 (31,1%) девочек наблюдался нефроптоз одной или обеих почек, а у 14 (18,9%) выявлена тазовая дистопия, в 6 (8,1%) было указание на удвоение единственной почки. По данным общего осмотра, отраженного в медицинской документации, физическое и половое развитие всех девочек соответствовало возрасту. У 41 (55,4%) вход во влагалище оценивался как слепо заканчивающаяся ямка глубиной 0,5–4,0 см; у 33 (44,6%) – отсутствовал. Анализ протоколов УЗИ органов малого таза показал, что у 64 (85,1%) девочек матка определялась в виде тяжа, у 6 (8,1%) – матка была визуализирована в виде 2 мышечных валиков, а у 8 (10,8%) пациенток не определялась вообще. При выявлении маточного рудимента средняя длина маточного тяжа составляла  $2,46 \pm 0,51$  см, средняя толщина –  $0,93 \pm 0,57$  см, средняя ширина –  $1,48 \pm 0,64$  см. Яичники у 38 (51,3%) девочек располагались высоко у стенок малого таза и имели вытянутую форму, у 3 (4,05%) – не визуализировались. С целью уточнения особенностей строения и размеров яичников по данным УЗИ разделаны на 2 группы: 1-я группа – пациентки с СПКЯ (n=19), 2-я группа – пациентки с синдромом МРКХ без СПКЯ (n=15). Уточнено, что в 1-й группе средний объем яичника равен  $10,8 \pm 3,7$  см<sup>3</sup>, во 2-й группе –  $7,1 \pm 3,5$  см<sup>3</sup>. У пациенток основной группы у 41 (100%) пациенток описывались мелкокалиберные фолликулы в среднем диаметром до 2-7 мм в количестве 12-14 штук. У пациенток 2 группы фолликулярный аппарат определялся как выраженный, с количеством 6-7. Полноценное желтое тело или доминантный фолликул размером 16–19 мм в одном из яичников был указан в 9 протоколах.

С целью объективизации оценки гормональных параметров у девочек-подростков с аплазией матки и влагалища сравнивали с обновленными референсными интервалами в этой возрастной группе, указанными в работе Е.П. Хащенко, Е.В. Уваровой (2019). Гормональный профиль девочек с аплазией матки и влагалища существенно отличался от результатов здоровых сверстниц, особо интересным был факт наличия более низких средних

<https://conferencea.org>

значений АМГ, являющегося объективным маркером овариального резерва.

Анализ медицинской документации показал, что основной причиной обращения 64 (86,5%) пациенток к детскому гинекологу было отсутствие менструаций, периодические тянущие боли в животе указывали в качестве жалобы 29 (39,2%) пациенток, 15 (20,3%) пациентку при расспросе волновала невозможность ведения половой жизни. Стоит также заметить, что указаний на выявление аплазии матки и влагалища до возраста полового созревания не встретилось ни в одной из медицинских карт. Индекс массы тела бол

У пациенток с аплазией в сочетании с СПКЯ были повышенный уровень тестостерона и клинические признаки гиперандрогении (гирсутизм, акне, алопеция), а также УЗ –признаки – увеличение овариального объема более 10 см<sup>3</sup>, количество фолликулов по периферии 12-14, с диаметром фолликула 2-8 мм. У пациенток основной группы отмечался гирсутизм, инсулинорезистентность, ультразвуковые критерии поликистозных яичников. Пациенткам с СПКЯ проведено хирургическое лечение – сигмоидальный кольпопоз, а также дреллинг яичников электрокатетером. Показаниями к операции на яичниках явились СПКЯ в сочетании с метаболическим синдромом. После хирургического лечения СПКЯ и аплазии влагалища через 2 месяца после операции наблюдалось статистически значимое снижение уровня тестостерона, ИМТ приближался к нормальным значениям.

**Заключение.** Интраоперационный дреллинг яичников является хирургическом методом лечения СПКЯ у пациенток с аплазией влагалища и матки, не уменьшает фолликулярный резерв яичников, что повышает шансы пациентки сохранить нормальное функционирование яичников, лечение и профилактику метаболического синдрома. Преимуществами данного подхода является то, что операция выполняется непосредственно во время операции сигмоидального кольпопоза.

#### Литература:

1. Goodman N.F., Cobin R.H., Futterweit W. et al. American association of clinical endocrinologists, American college of endocrinology, and androgen excess and PCOS society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome — part 2. *Endocr Pract.* 2015;21(12):1415–1426. DOI: 10.4158/EP15748.DSCPT2.
2. Meier R.K., Meier R.K. Polycystic Ovary Syndrome. *Nurs Clin North Am.* 2018;53(3):407-420. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.04.008.
3. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников: этиология, патогенез, диагностика и лечение: научно-практическое руководство. М.: ВИДАР; 2016. [Andreeva E.N., Sheremetyeva E.V., Dedov I.I. Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment: scientific and practical guidance. M.: VIDAR; 2016 (in Russ.)].
4. Ali A.T. Polycystic ovary syndrome and metabolic syndrome. *Ceska Gynecol.* 2015;80(4):279–289.

5. Macut D., Bjekic-Macut J., Rahelic D., Doknic M. Insulin and the polycystic ovary syndrome. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;130:163–170. DOI: 10.1016/j.diabres.2017.06.011.
6. Норвиц Э.Р., Шордж Д.О. Наглядное акушерство и гинекология. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010:54–56. [Norvitz E.R., Shorj D.O. Visual obstetrics and gynecology. Translation from English. M.: GEOTAR-Media; 2010: 54–56 (in Russ.)].
7. Cooney L.G., Dokras A. Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health. *Fertil Steril.* 2018;110(5):794–809. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.021.
8. Brennan K.M., Kroener L.L., Chazenbalk G.D., Dumesic D.A. Polycystic Ovary Syndrome: Impact of Lipotoxicity on Metabolic and Reproductive Health. *Obstet Gynecol Surv.* 2019;74(4):223–231. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000661
9. Azziz R. Polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol.* 2018;132(2):321–336. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002698.
10. Sirmans S.M., Pate K.A. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol.* 2013;6:1–13. DOI: 10.2147/CLEP.S37559.
11. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития матки и влагалища. - М.: Медицина, 1998. - 327
12. Баран Н.М., Богданова Е.А. Ретроспективный анализ пороков развития половых органов // Проблемы репродукции: Сб. тезисов II Междунар. конгр. по репродуктивной медицине / Под ред. Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян. - М., 2008. - С. 157-158.
13. Бижанова Д.А. Врожденная непроходимость влагалища и шейки матки у девочек: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1999. - 35 с.
14. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. - СПб., 2009. - 701 с.
15. Кирпатовский И.Д., Уварова Е.В., Угрюмова Л.Ю. Историко-медицинские аспекты проблемы кольпопоза // Репродукт. здоровье детей и подростков. -2007. - № 5. - С. 29-32.
16. Негмаджанов, Б. Б., Д. Р. Худоярова, and Г. Э. Рахимова. "Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба." *Врач-аспирант* 33.6 (2009): 467-471.
17. Негмаджанов, Баходур Болтаевич, Нигина Рустамовна Насимова, and Фахриддин Истамкулович Ганиев. "Хирургическое лечение пролапса гениталий женщин репродуктивного возраста." *Достижения науки и образования* 10 (51) (2019): 31-36.
18. Худоярова, Д. Р., and Б. Б. Негмаджанов. "Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов." *Андрология и генитальная хирургия* 6.1 (2005): 20-22.
19. Раббимова, Г. Т., and Б. Б. Негмаджанов. "Оценка эффективности лечения и профилактики осложнений у беременных с вагинальной инфекцией." *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»* 19.1 (2017): 48-50.
20. Негмаджанов, Баходур Болтаевич, Хасан Шавкатович Шавкатов, and Мохигул Джахангировна Маматкулова. "Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистрорентрофиксации." *International scientific review of the problems and prospects of modern science and education.* 2017.