

Ультразвукова діагностика аномалій розвитку матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові у дівчат

А.П. Садовий

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
(Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), м. Київ

Мета дослідження: вивчити і проаналізувати показники діагностичної інформативності ехографічного дослідження аномалій розвитку матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові у дівчат.

Матеріали та методи. Для дослідження відібрано 37 хворих віком від 10 до 19 років, яких розподілили на дві підгрупи: 1-а підгрупа – 25 пацієнток з подвоєнням матки та піхви без порушення відтоку менструальної крові, 2-а підгрупа – 12 пацієнток з подвоєнням матки і піхви з частковою аплазією однієї піхви. Більшість досліджуваних – 26 (10,3%) дівчат – звернулись за направленням для уточнення діагнозу, в 11 (29,7%) дівчат не було скарг з боку статевих органів для диференціальної діагностики.

Результати. Під час вагіноскопії в усіх пацієнток відзначена слизова оболонка рожевого кольору з добре вираженою складчастістю. За даними УЗД органів малого таза у 1-й підгрупі у 17 пацієнток піхва розділена на дві частини повною, а у 8 пацієнток – неповною перетинкою, визначались дві матки, розташовані паралельно одна одній, контури рівні, чіткі, в обох матках визначалось М-ехо, візуалізувались дві шийки матки з цервікальними каналами. У 2-й підгрупі у 9 пацієнток проглядалось вип'ячування різних розмірів однієї зі стінок піхви; у 2 хворих у латеральній зоні піхви, в 1 – у верхньолатеральній визначали точковий отвір із запальним валіком – норидцевий вхід у другу піхву. У всіх пацієнток з боку аплазованої піхви порожнина матки розширена від 10 до 25 мм, заповнена ехонегативним вмістом. Достовірність результатів УЗ-сканування аномалій розвитку статевих органів становила: чутливість методу – 84,0%, специфічність – 90,9%, точність – 89,1%.

Заключення. Маніфестація вад розвитку статевих органів з порушенням відтоку менструальної крові настає у пубертатному віці, позаяк після менархе вище аплазованого відрізка статевих шляхів накопичується менструальна кров, формується пухлиноподібне утворення, що супроводжується характерними клінічними проявами. Діагностика даної патології досить складна, що може призвести до помилок у визначенні характеру патологічного стану і, як наслідок, до необґрунтованих оперативних втручань.

Отже, потреба подальшого удосконалення методів діагностики і тактики ведення хворих з подвоєнням матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові залишається актуальною, що дозволить виявляти захворювання у більш ранньому віці або відразу після появи скарг і симптомів.

Ключові слова: аномалії розвитку статевих органів, подвоєння матки та піхви, аплазія піхви, ультразвукова діагностика, менархе, дисменорея.

Ultrasound diagnosis of abnormalities in the development of the uterus and vagina with impaired menstrual blood flow in girls

A.P. Sadovoy

The objective: to study and analyze the indicators of the diagnostic informativeness of the echographic study of anomalies in the development of the uterus and vagina with impaired outflow of menstrual blood in girls.

Materials and methods. For the study, a group of 37 patients (n=37), from 10 to 19 years old, was selected, who were divided into 2 subgroups: 1 subgroup – patients with doubling of the uterus and vagina without disturbing the outflow of menstrual blood (n=25), 2 subgroup – patients with doubling uterus and vagina with partial aplasia of one vagina (n=12). Most of the subjects – 26 girls (10,3%) – applied for a referral to clarify the diagnosis, 11 (29,7%) – without complaints from the genitals for differential diagnosis.

Results. At vaginoscopy at all patients the mucous membrane of pink color with well expressed folding. According to ultrasound of the pelvic organs in 1 subgroup in 17 patients the vagina was divided into 2 parts full, and in 8 – incomplete septum, two uteruses were located, parallel to each other, the contours were smooth, clear, M-echo was determined in both uteruses, two cervix with cervical canals. In subgroup 2, 9 patients showed protrusion of different sizes of one of the walls of the vagina, 2 patients in the lateral, 1 – in the upper lateral zone of the vagina was determined by a punctate hole with an inflammatory roller – fistulous entrance to the second vagina. In all patients from the side of the aplasia of the vagina, the uterine cavity is expanded from 10 to 25 mm, filled with echonegative contents.

The reliability of the results of ultrasound scanning of anomalies of genital development is equal: the sensitivity of the method – 84,0%, specificity – 90,9%, accuracy – 89,1%.

Conclusions. Manifestation of malformations of the genitals with impaired outflow of menstrual blood occurs at puberty, as after menarche above the aplastic segment of the genital tract accumulates menstrual blood and tumor formation, accompanied by characteristic clinical manifestations. Diagnosis of this pathology is quite complex, which can lead to errors in determining the nature of the pathological condition and, as a consequence, unwarranted surgery. Thus, the need to further improve the methods of diagnosis and management of patients with doubling of the uterus and vagina with impaired menstrual blood flow remains relevant, which will identify diseases at an earlier age or immediately after the appearance of complaints and symptoms.

Keywords: anomalies in the development of genitalia, the submissive of the uterus and symptoms, aplasia of the symptoms, ultrasound diagnostics, menarche, dysmenorrhea.

Ультразвуковая диагностика аномалий развития матки и влагалища с нарушением оттока менструальной крови у девушек

А.П. Садовой

Цель исследования: изучить и проанализировать показатели диагностической информативности эхографического исследования аномалий развития матки и влагалища с нарушением оттока менструальной крови у девушек.

Материалы и методы. Для исследования отобрано группу 37 больных в возрасте от 10 до 19 лет, которых распределили на две подгруппы: 1-я подгруппа – 25 пациенток с удвоением матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови, 2-я подгруппа – 12

пацієнок с удвоєнням матки і влагалища с частинною аплазією одного влагалища. Більшість досліджуваних – 26 (10,3%) дівчаток – звернулись по напрямленню для уточнення діагнозу, у 11 (29,7%) дівчаток відсутствовали скарги со сторони статевих органів для диференціальної діагностики.

Результати. При вагіноскопії у всіх пацієнок відзначена слизова оболочка рожевого кольору с хорошо вираженою складчатістю. По даним УЗІ органів малого таза в 1-й підгрупі у 17 пацієнок влагалище розділено на дві часті повної, а у 8 – неповної перегородкою, визначались дві матки, розташовані паралельно друг другу, контури рівні, чіткі, в обох матках визначалось М-ехо, візуалізувались дві шийки матки с цервікальними каналами. Во 2-й підгрупі у 9 пацієнок просматривалось випячування різних розмірів однієї зі стінок влагалища, у 2 больних в латеральній зоні влагалища, у 1 – в верхнелатеральній визначалось точечне отвір с воспалительним валіком – свищевий вход во второе влагалище. У всіх пацієнок со сторони аплазироваанного влагалища порожнина матки розширена от 10 до 25 мм, заповнена ехонегативним змістом.

Достовірність результатів УЗ-сканування аномалій розвитку статевих органів рівна: чутливість методу – 84,0%, специфічність – 90,9%, точність – 89,1%

Висновок. Маніфестація пороку розвитку статевих органів с порушенням відтоку менструальної крові виникає в пубертатному віці, так як после менархе вище аплазироваанного сегменту статевих шляхів накопчується менструальна кров, формуються опухлинні освіти, супроводжується характерними клінічними проявленнями. Діагностика даної патології достатньо складна, що може привести до помилок в визначенні характеру патологічного стану і, як наслідок, до необґрунтованих оперативних втручань.

Таким образом, потреба в подальшій вдосконаленні методів діагностики і тактики ведення больних с удвоєнням матки і влагалища с порушенням відтоку менструальної крові залишається актуальною, що дозволить виявляти захворювання в більш ранньому віці і сразу после появи скарг і симптомів.

Ключеві слова: аномалії розвитку статевих органів, удвоєння матки і влагалища, аплазія влагалища, ультразвукова діагностика, менархе, дисменорея.

При вивченні вад розвитку статевих органів дослідникам необхідно вирішувати декілька основних завдань, а саме:

- правильно діагностувати форму вади,
- з'ясувати за можливості причини виникнення аномалії для визначення заходів профілактики,
- розробити методи їх хірургічної корекції і медичної реабілітації пацієнтки.

Вроджені вади розвитку жіночих статевих органів становлять 2,5–4% від усіх вроджених аномалій і діагностуються у гінекологічних хворих в 0,1–0,5% випадків, причому найбільш тяжкими вадами є аплазія матки, піхви (у 99,0% спостерігається їхнє поєднання), атрезії [1]. У пубертатному віці частіше виявляють вади розвитку піхви і поєднані вади розвитку піхви та матки. За деякими даними, частота вад розвитку матки і піхви дорівнює 6,5% у структурі гінекологічної патології у дівчат [1, 2]. Частота подвоєння матки і піхви при частковій аплазії однієї піхви становить 27,0% від загального числа вад розвитку матки і піхви [2].

При подвоєнні матки і піхви при їх окремому розташуванні обидва статевих апарати розділені поперековою складкою очеревини. Така патологія виникає за відсутності злиття правильно розвинутих парамезонефральных проток, причому з кожного боку є лише одна труба і один яєчник. Обидві матки добре функціонують і з настанням статевої зрілості вагітність може виникати послідовно то в одній, то в іншій [3].

Частіше фіксують подвоєння матки і піхви, при якому обидві половини з'єднуються на обмеженому просторі за допомогою фіброзної м'язової перетинки. Одна із маток нерідко є меншою за величиною і функцією, причому з боку недорозвиненої матки може спостерігатися атрезія дівочої перетинки або маткового вічка. При неповному злитті лише верхніх відділів мюллерових проток утворюється дворога або сідлоподібна матка з однією шийкою. Якщо не відбувається злиття парамезонефральных проток у середніх відділах, спостерігається і подвоєння шийки матки. Нерідко за наявності однієї матки і однієї піхви виявляють перетинку, які можуть розміщуватися біля дна або шийки матки, чи на передній чи задній стінках піхви. При нерівномірному розвитку однієї з парамезонефральных проток у матці утворюються односторонні асиметричні аномалії, зокрема рудиментарний ріг, порожнина якого не з'єднується з порожниною матки. Під час менструації у закритій порожнині збирається менструальна кров, що значно погіршує якість життя пацієнтки.

За наявності двох відокремлених маток і піхв клінічні прояви можуть не спостерігатися і патологія діагностується

у процесі рутинного гінекологічного огляду, УЗД або оперативного втручання. У разі повного подвоєння матки і піхви в поєднанні з аплазією або атрезією однієї вагінальної порожнини через 3–6 міс після менархе розвивається картина гематокольпоса, гематометри, гематосальпінкса з боку відокремленої піхви. У цьому випадку симптоматика характеризується сильним розпираючим болем внизу живота, який не зникає на фоні спазмолітиків і знеболюючих препаратів. За наявності норицевого ходу в міжпіхвовій перетинці менструальна кров може частково відтікати через повноцінну піхву. При приєднанні вторинної інфекції нерідко формується піокольпос, піометра, піосальпінкс. У пацієнок з норицевим отвором у міжпіхвовій перетинці відзначаються постійні кров'яністі або гнійні виділення зі статевих шляхів. Дисменорея та наростаючий тазовий біль, який посилюється після кожної наступної менструації, є основними симптомами при такій патології [4, 5].

Ретельно зібраний анамнез, гінекологічний огляд, ультразвукове обстеження органів малого таза і нирок значною мірою допомагає у встановленні діагнозу, однак наявність гематокольпоса часто змінює анатомію органів малого таза, що створює певні труднощі для спеціаліста ультразвукової діагностики [6]. Тому для встановлення остаточного діагнозу рекомендоване проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ), перевагу віддають другій фазі менструального циклу, коли покращується диференціація між ендометрієм. Окрім аномалій жіночих статевих органів МРТ допомагає в діагностиці аномалій розвитку нирок, зокрема дистопії чи ектопії нирки [5], через що даний метод обстеження особливо інформативний у діагностиці комплексних аномалій сечостатевої системи.

З метою корекції виявленої аномалії розвитку жіночих статевих органів шляхом створення умов для відтоку менструальної крові зі «сліпої» піхви, проводять оперативне втручання в об'ємі висічення повздовжньої перетинки піхви з утворенням єдиної піхви [7].

Тяжкість і серйозність захворювання при аномалії розвитку матки і піхви визначається як ускладненнями при не своєчасному виявленні (гематометра і гематокольпос, піхво-ректальні нориці та ін.), так і погіршенням якості життя (неможливість статевого життя, труднощі створення сім'ї, психологічний дискомфорт тощо). Отже, на наш погляд, скринінг, зокрема ультразвуковий, з наукової точки зору виправданий і обґрунтований доцільністю його проведення для запобігання станів, що загрожують здоров'ю і знижують якість життя дівчат і жінок.

Мета дослідження: вивчити і проаналізувати показники діагностичної інформативності ехографічного дослідження аномалій розвитку матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові у дівчат.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При обстеженні пацієнток з аномаліями розвитку внутрішніх статевих органів до дослідження відібрано 37 дівчат віком від 10 до 19 років (середній вік – $15,9 \pm 1,2$ року), яких за формою вад розвитку розподілили на дві підгрупи:

- 1-а підгрупа – 25 хворих з подвоєнням матки та піхви без порушення відтоку менструальної крові;
- 2-а підгрупа – 12 хворих з подвоєнням матки і піхви з частковою аплазією однієї піхви.

Більшість хворих – 26 (10,3%) дівчат – звернулись за направленням для уточнення діагнозу, в 11 (29,7%) дівчат не було скарг з боку статевих органів для диференціальної діагностики.

У ході дослідження оцінювали загальний стан дітей (зріст, маса тіла, ступінь статевого розвитку і його відповідність віку), ретельно вивчали сімейний анамнез, перенесені гострі і хронічні екстрагенітальні захворювання, вік настання менархе, порушення менструальної функції і характер її становлення, гінекологічні захворювання, оперативні втручання на статевих органах. Гінекологічний статус визначали під час огляду зовнішніх статевих органів. При ректоабдомінальному дослідженні уточнювали розташування матки в малому тазі, її форму, наявність об'ємних утворень і болісність в ділянці придатків. У сексуально активних дівчат, які живуть статевим життям, проводили огляд у дзеркала і піхво-абдомінальне дослідження.

Розрахунок показників діагностичної інформативності УЗД проводили з урахуванням чутливості, специфічності і точності методу. У складних клінічних ситуаціях для верифікації діагнозу використовували ендоскопічні методи дослідження (лапароскопія, екскреторна урографія, МРТ).

Для об'єктивного судження про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих даних за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В анамнезі всі пацієнтки народилися від молодих матерів, одна мати і двоє батьків мали професійні шкідливості, троє батьків зловживали алкоголем. Маса тіла дітей при народженні в обох групах коливалась від 1750 г до 4200 г. Усі обстежувані мали правильну статуру, задовільне харчування, статевої розвиток відповідав віковій нормі. Вік менархе був у межах 11 і 14 років (середній вік менархе становив $12,6 \pm 1,2$ року). Статевим життям жили 5 (13,5%) пацієнток віком від 16 до 19 років. Рівень статевого хроматину в обох групах становив від 18% до 23,0%, каріотип усіх пацієнток – 46, XX.

Необхідно відзначити, що у групі пацієнток з подвоєнням матки і піхви без порушення відтоку менструальної крові (1-а підгрупа, n=25) частота скарг була мінімальною:

- у 4 (16,0%) пацієнток діагностована дисменорея,
- у 2 (8,0%) – скарги на безпліддя,
- у 2 (8,0%) – скарги на дискомфорт статевого життя.

При гінекологічному огляді зовнішні статеві органи у всіх розвинуті правильно, за жіночим типом. Клітор і зовнішній отвір сечівника не збільшені, дівоча перетинка півмісячної або кільцеподібної форми. При вагіноскопії у 17 пацієнток піхва була розділена на дві частини повною, а у 8 – неповною перетинкою. У 4 дівчат одна піхва була об'ємною через статево-життя, слизова оболонка чиста, складчастість виражена. У всіх хворих у кожній піхві визначалась шийка матки коніч-

ної форми з точковим зовнішнім вічком, через яке проходив матковий зонд. При бімануальному обстеженні при пальпації фіксували два тіла матки, придатки матки не визначались.

При УЗД органів малого таза зафіксовано два відокремлених утворення середньої ехогенності (матки), розташовані паралельно один одному, контури рівні, чіткі, в обох матках визначалось М-ехо, також візуалізувались дві шийки матки з цервікальними каналами. У всіх пацієнток на повздовжніх ехограмах піхва представлена у формі трубчастої структури низької ехогенності, а на поперекових зрізах вона мала форму різко сплющеного овоїду, у центрі якого визначалась перерва піхвового М-еха (повздовжня перетинка піхви). У 17 дівчат виявлена повна перетинка, а у 8 – локація у верхній і середній третині піхви. При кольоровому доплерівському картуванні в кожній матці візуалізувалась тільки одна маткова артерія.

Існує думка, що серед вроджених вад розвитку найбільш частим поєднанням патології є аномалії розвитку статевої та сечової систем, які свідчать про наявність тісного ембріологічного зв'язку при формуванні цих систем [2, 3]. Тому всім обстежуваним хворим проводили УЗД нирок. У 1-й підгрупі при УЗД нирок у 4 пацієнток виявлено одностороннє подвоєння нирки і сечівника, що підтверджено екскреторною урографією.

При вивченні клінічної картини 12 пацієнток з подвоєнням матки і піхви та частковою аплазією однієї піхви (2-а підгрупа) виявлені більш різноманітні та більш специфічні симптоми, ніж у дівчат 1-ї підгрупи. Даний вид вади розвитку матки і піхви виявляється зазвичай у більш ранньому віці, ніж у підлітків з двома функціонуючими піхвами. Наші дані також свідчать про цю тенденцію, а саме: середній вік хворих цієї групи – $15,6 \pm 0,7$ року, а у групі пацієнток з подвоєнням матки і піхви без порушення відтоку – $16,2 \pm 0,6$ року. Однак різниця статистично недостовірна ($p < 0,05$).

Клінічні прояви захворювання виникли у більшості – 7 (58,3%) дівчат – через 3–5 міс після настання менархе, тільки у 2 (16,7%) пацієнток – через 6 і 11 місяців, а 3 пацієнтки віком 11–12 років скарг не пред'являли, ваду виявлено під час скринінгового обстеження.

Основною скаргою більшості пацієнток був сильний біль внизу живота на фоні менструації при регулярному менструальному циклі, збільшення живота. Характер болю був різний, переважно ниючий, однак у 4 пацієнток наприкінці менструації виникав різкий переймоподібний біль, який не зникав навіть після застосування знеболювальних засобів. Помірні больові відчуття внизу живота під час менструації відзначали 3 хворі, але в міжменструальний період у 2 із них з'являлись гнійні, в 1 – мажучі кров'яністі виділення, що вказувало на наявність перфоративного отвору в перетинці між замкнутою й основною піхвами. В одній з цих пацієнток (вік – 15 років) постійний біль і гнійні виділення зі статевих шляхів супроводжувались підвищенням температури тіла при менструації, ознобом і болем з боку ураження. Дані симптоми виникли у дівчинки після проведення пункції нависаючого бокового зводу піхви, який було прийнято за пухлину піхви. Масивна антибактеріальна терапія не дала відчутних результатів. У 3 пацієнток 13, 15 і 16 років дисменорея супроводжувалась збільшенням живота, 2 з них відправлено на оперативне лікування з приводу «кісти яєчника».

При гінекологічному дослідженні хворих 2-ї підгрупи отримані такі дані. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно, за жіночим типом, дівоча перетинка півмісячної форми. Довжина функціонуючої піхви по зонду – від 6 до 12 см. При вагіноскопії слизова оболонка рожевого кольору з добре вираженою складчастістю. У 9 пацієнток проглядалось вип'ячування різних розмірів однієї зі стінок піхви, що у низці випадків утруднює огляд шийки матки функціонуючої піхви. У всіх хворих шийки матки видна, конічної форми, вічко точкове. У 2 хворих у латеральній зоні піхви, в 1 – у

Діагностичні і диференціально-діагностичні ознаки подвоєння матки і піхви

| Критерій | Варіанти вродженої вади | |
|--------------------------------|---|--|
| | Подвоєння матки і піхви без порушення відтоку менструальної крові | Подвоєння матки і піхви з частковою аплазією однієї піхви |
| Вік | Виявляється зазвичай у більш пізньому віці | Проявляється в більш ранньому віці, після менархе |
| Характер виявлення | Часто випадково (під час профогляду), у тому числі при УЗД, під час пологів, лапароскопії або лапаротомії | При звертаннях з приводу болю внизу живота під час менструації при регулярному менструальному циклі |
| Скарги | Дисменорея, безпліддя, дискомфорт статевого життя | Дисменорея, яка наростає за інтенсивністю і не піддається консервативному лікуванню. Інші скарги: збільшення живота, гнійні виділення зі статевих шляхів, підвищення температури тіла при менструації, озноб, біль внизу живота з боку ураження |
| Вагіноскопія | Піхва розділена на дві частини повною або неповною повздовжньою перетинкою. Візуалізуються дві шийки матки | Вагіноскопія утруднена через вип'ячування і нависання латеральної або передньо-латеральної стінки піхви. Візуалізується одна шийка матки, іноді нечітко за рахунок зміщення від вентральної вісі і значної деформації просвіту піхви. Можливий норицевий вхід до замкнутої піхви |
| Ректо-абдомінальне дослідження | Пальпуються два тіла матки, не збільшені в розмірах, безболісні при пальпації, рухомі. Об'ємні утворення в ділянці малого таза не визначаються | Визначаються два тіла матки на різних рівнях, одна з маток (з боку аплазованої піхви) більша за іншу, болісна при пальпації. У порожнині малого таза визначається напружено-еластичної консистенції утворення, з рівними чіткими контурами, нерухоме, різко болюче при пальпації |
| УЗД | Локуються два тіла матки, які розташовані паралельно один до одного, в обох матках визначається М-ехо, дві шийки матки з цервікальними каналами, повздовжня перетинка піхви | Візуалізується два тіла матки і дві шийки, гематометра, гематокольпос з боку аплазованої піхви. Можлива наявність гематосальпінкса |
| Наявність інших вад розвитку | Дуже рідко | Завжди визначається аплазія нирки з боку замкнутої піхви |

верхньолатеральній зоні піхви визначали точковий отвір із запальним валиком – норицевий вхід у другу піхву. При надавленні на стінку піхви в цій зоні із нориці виділяється кров'янисто-гнійний вміст. Слизова оболонка піхви гіперемована, стінка піхви нависає, шийка матки видна, конічної форми, вічко точкове, у каналі шийки матки – слиз. При бімануальному ректальному обстеженні визначали два тіла матки, на різному рівні, одна з маток (з боку аплазованої піхви) більше за іншу, болюча при пальпації. Придатки матки не пальпуються. У порожнині малого таза зафіксоване утворення напружено-еластичної консистенції, з рівними чіткими контурами, нерухоме, різко болюче при пальпації, розмірами від 5×4 до 15×7 см.

При УЗД органів малого таза візуалізувалось подвоєння матки і піхви, одна піхва була заповнена ехонегативним вмістом, розміри якого від 50,6×33,8×45,3 мм до 174,2×65,4×78,3 мм, на його верхівці видно одну із шийок матки. Інша шийка візуалізувалась у незмінній піхві. Довжину аплазованої ділянки піхви визначали за допомогою біконтрастної ехографії. Розміри яєчників відповідали віковій нормі. У всіх пацієнок з боку аплазованої піхви порожнина матки розширена від 10 до 25 мм, заповнена ехонегативним вмістом. При кольорному доплерівському картуванні кожна матка мала тільки одну маткову артерію.

УЗД нирок виявило відсутність нирки з боку аплазованої піхви. Екскреторну урографію проведено всім пацієнткам, виявлено відсутність тіні нирки з одного боку. Для верифікації діагнозу «аплазія нирки, подвоєння матки і піхви» у 5 пацієнок використовували МРТ черевної порожнини й органів малого таза, і ще у 5 дівчат проведено діагностичну лапароскопію, лапароскопічно було діагностовано подвоєння матки.

Контрольний огляд, який включав ехографію, проводили після чергової менструації протягом 3 міс, потім – через півроку.

Отже, серед пацієнок з подвоєнням матки і піхви найбільш важким є ультразвукова діагностика подвоєння органів з частковою аплазією однієї піхви, в якій виникає затримка крові. Чутливість методу становила 83,3%, специфічність – 80,0%, точність – 81,8%.

Аналізуючи «діагностичний маршрут» групи пацієнок з подвоєнням матки і піхви у випадку однієї замкнутої піхви можна констатувати, що у більшості – 10 (83,3%) пацієнок – лікар «першого контакту» (педіатр, хірург, гінеколог) не зміг правильно оцінити дані анамнезу та клінічну картину захворювання, що призвело на початку обстеження до значного відсотка лікарських помилок. Ці хворі спостерігались у дитячих поліклініках і підліткових кабінетах з помилковими діагнозами ювенільної дисфункції яєчників, рецидивуючого вульвовагініту, кісти яєчника, пухлини піхви, тазової дистопії нирки, парауретральної кісти тощо. Невиправдано прооперовані 4 пацієнтки. Неправильна тактика обстеження хворих цієї групи спостереження призвела до того, що час від появи перших симптомів до встановлення правильного діагнозу розтягнувся від 4 до 11 міс.

Вивчення спеціальної літератури і наш досвід роботи дозволяють узагальнити і визначити основні схожі і розпізнавальні діагностичні і диференціально-діагностичні ознаки і симптоми двох варіантів цієї вади розвитку (таблиця).

Отже, знання і врахування критеріїв діагностики подвоєння матки і піхви, які наведено у таблиці, дозволять виявляти дану патологію у більш ранньому віці або відразу після появи скарг і симптомів захворювання. Необхідно

також пам'ятати, що при цій патології «відтермінований» біль з'являється і наростає на 5–7-й день кожної наступної менструації.

ВИСНОВКИ

Для зменшення відсотка діагностичних помилок при аномаліях розвитку внутрішніх статевих органів у дівчат вирішальне значення мають клініка захворювання, дані гінекологічного огляду й ультразвукового обстеження органів малого таза – високоінформативного і неінвазивного методу обстеження.

Рання діагностика аномалій розвитку матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові та його хірургічна корекція у дитячому та підлітковому віці дасть змогу попередити виникнення серйозних гінекологічних ускладнень.

Удосконалення методів діагностики і тактики ведення хворих з подвоєнням матки та піхви з порушенням відтоку менструальної крові дозволить виявляти захворювання у більш ранньому віці або відразу після появи скарг і симптомів, що є вкрай важливим у виборі раціональних методів корекції даної патології з метою збереження та реалізації репродуктивної функції.

Відомості про автора

Садовий Андрій Петрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the author

Sadovoy Andriy P. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Садовой Андрей Петрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богданова ЕА. 2000. Гинекология детей и подростков. М.: Мед. информ. агентство, 332.
2. Тучкіна Ю, Вигівська ЛА, Мальцев ГВ та ін. 2014. Аномалії розвитку жіночих статевих органів: метод. вказ. для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. Харків: ХНМУ, 60.
3. Адамян ЛВ, Курило ЛФ, Глыбина ТМ и др. 2016. Аномалии развития женских половых органов: новый взгляд на эмбриоморфогенез. Проблемы репродукции. 4:10-9.
4. Aranke M, Nguyen KL, Wagner RD, Kauffman RP. 2018. Haematometrorrhagia and acute pelvic pain associated with cyclic uterine bleeding: OHVIRA syndrome. *BMJ Case Rep* [Internet]. <https://casereports.bmj.com/content/2018/bcr-2017-223348>. doi: 10.1136/bcr-2017-223348.
5. Вереснюк НС, Пирогова ВІ, Наконечний АЙ. 2020. Синдром Херліна-Вернера-Вундерліха – діагностично-лікувальні підходи. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Том X, 3(37):53-8.
6. Lee JM. 2018. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a mini-review. *Child Kidney Dis.* 22(1):12-6.
7. Адамян ЛВ, Глыбина ТМ, Макиян ЗН. 2013. Хирургическая коррекция юных пациенток с врожденным нарушением оттока менструальной крови. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии, Москва, 10-12 июня 2013 г. М., 113.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2020