

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ****Б. Б. Негмаджанов, Ш. Т. Азимова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** аплазия влагалища, синдром МРКХ, хроническая тазовая боль, реконструктивная хирургия, неовагинопластика, качество жизни.

**Tayanch soʻzlar:** qin aplaziyasi, MRKH sindromi, surunkali pelvik ogʻriq, rekonstruktiv jarrohlik, neovaginoplastika, hayot sifati.

**Key words:** vaginal aplasia, MRKH syndrome, chronic pelvic pain, reconstructive surgery, neovaginoplasty, quality of life.

В статье рассматриваются вопросы совершенствования комплексного подхода к лечению пациенток с синдромом Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера (СМРКХ), осложнённого хронической тазовой болью (ХТБ). На основе анализа клинических исходов у 75 пациенток, перенёвших неовагинопластику с или без одновременной реконструкции структур, вовлечённых в патогенез тазового болевого синдрома, обоснована необходимость интеграции хирургической коррекции ХТБ в стандарт лечения. Продемонстрировано значимое улучшение показателей боли (ВАШ), сексуальной функции (FSFI) и качества жизни (SF-36) у пациенток, получивших комплексную хирургическую помощь. Представлены практические рекомендации, направленные на оптимизацию диагностики, хирургического вмешательства и послеоперационного ведения.

**SURUNKALI CHANOQ BOʻSHLIGʻI OGʻRIGʻI BILAN BACHADON VA QIN APLAZIYASI KASALLANGAN BEMORLARNI JARROHLIK DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH****B. B. Negmadjanov, Sh. T. Azimova**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Maqolada Mayer–Rokitanskiy–Kyuster–Xauzer (MRKH) sindromi bilan ogʻrigan va surunkali pelvik ogʻriq (SPO) bilan asoratlangan bemorlarni davolashda kompleks yondashuvni takomillashtirish masalalari koʻrib chiqiladi. 75 nafar bemorda oʻtkazilgan klinik natijalar tahliliga asosanib, pelvik ogʻriq sindromi patogeneza ishtirok etuvchi tuzilmalarni rekonstruksiya qilish bilan yoki usiz amalga oshirilgan neovaginoplastika natijalari oʻrganildi. Surunkali ogʻriqni jarrohlik yoʻli bilan tuzatishni davolash standartiga kiritish zarurligi asoslab berilgan. Jarrohlik yordam olgan bemorlarda ogʻriq darajasi (VAS), jinsiy funksiyasi (FSFI) va hayot sifati (SF-36) koʻrsatkichlarida sezilarli yaxshilanish qayd etilgan. Tashxis, jarrohlik aralashuvi va operatsiyadan keyingi boshqaruvni optimallashtirish boʻyicha amaliy tavsiyalar taqdim etilgan.

**OPTIMIZATION OF SURGICAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH UTERINE AND VAGINAL APLASIA COMPLICATED BY CHRONIC PELVIC PAIN****B. B. Negmadjanov, Sh. T. Azimova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

This article addresses the improvement of a comprehensive approach to the treatment of patients with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome (MRKH) complicated by chronic pelvic pain (CPP). Based on the analysis of clinical outcomes in 75 patients who underwent neovaginoplasty with or without simultaneous reconstruction of structures involved in the pathogenesis of pelvic pain syndrome, the necessity of integrating CPP surgical correction into the treatment standard is substantiated. Significant improvements were demonstrated in pain scores (VAS), sexual function (FSFI), and quality of life (SF-36) in patients who received comprehensive surgical care. Practical recommendations are provided for optimizing diagnostics, surgical intervention, and postoperative management.

**Введение.** Аномалии развития мюллеровых протоков, в частности врождённая аплазия матки и влагалища, объединённая под синдромом МРКХ, представляют собой редкие, но клинически значимые состояния, оказывающие выраженное влияние на репродуктивную функцию, психоэмоциональное состояние и социальную адаптацию женщин [1]. Частота встречаемости данной аномалии оценивается как 1 случай на 4 000 новорождённых девочек. Клиническая картина нередко осложняется хронической тазовой болью, существенно ухудшающей качество жизни и затрудняющей реализацию хирургического лечения в репродуктивной хирургии [2].

Несмотря на развитие методик неовагинопластики, остаётся недостаточно разработанным вопрос об адекватной коррекции факторов, способствующих ХТБ у этих пациенток. Отсутствие структурированной хирургической тактики в отношении рудиментарных остатков матки, фасциальных натяжений и нейропатических компонентов боли приводит к персистенции симптомов после хирургических вмешательств, что требует пересмотра существующих подходов [3].

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе двух клиник Самарканда, включено 75 пациенток с диагнозом СМРКХ. Группа 1 (n=35) подверглась неовагинопластике с одновременной хирургической коррекцией ХТБ (лизис спаек, мобилизация тазовой фасции, частичная денервация крестцового сплетения). Группа 2 (n=40) — ретроспективный контроль без коррекции ХТБ. В динамике оценивались выраженность боли (ВАШ), сексуальная функция (FSFI), качество жизни (SF-36), частота осложнений.

*Критерии включения:*

- \* женщины в возрасте от 17 до 32 лет;
- \* врождённая аплазия влагалища и матки (тип I или II по классификации MRKH);
- \* отсутствие ранее выполненной реконструктивной хирургии;
- \* наличие либо отсутствие жалоб на хроническую тазовую боль (ХТБ).

*Распределение по группам:*

*Группа 1 (n=35):* пациенткам выполнялась неовагинопластика с одновременной хирургической коррекцией ХТБ, включая:

- лизис спаечных процессов в малом тазу;
- мобилизацию и релаксацию тазовой фасциальной ткани;
- частичную денервацию крестцового сплетения в сегментах S2–S4 при наличии болевого импульса.

*Группа 2 (n=40):* пациентки перенесли стандартную вагинопластику (McIndoe/Abbe–McIndoe), без вмешательства на структурах, вовлечённых в формирование тазовой боли (рис. 1).

Предоперационное обследование включало всесторонний клинико-анамнестический сбор, охватывающий данные о менархе, выраженности и частоте болей, перенесённых травмах и воспалениях, сексуальном дебюте и наличии сопутствующей патологии. Всем пациенткам проводился гинекологический осмотр как до, так и после хирургического вмешательства.

Из инструментальных методов обследования использовались ультразвуковое исследование органов малого таза и магнитно-резонансная томография (МРТ) в режимах T1 и T2. Особое внимание при МРТ уделялось выявлению спаечного процесса, оценке состояния рудиментарной матки и признакам компрессии тазовых нервов.

Лабораторные исследования включали определение гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, АМГ, пролактин), а также стандартные клинико-биохимические показатели крови. При необходимости проводились тесты на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП).

Для оценки субъективных ощущений и качества жизни применялись валидированные опросники. Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) использовалась до операции и через 3, 6 и 12 месяцев после неё. Женский индекс сексуальной функции (FSFI) применялся у пациенток, начавших половую жизнь. Для комплексной оценки качества жизни использовалась шкала SF-36, охватывающая восемь параметров, включая физическую активность, социальную адаптацию и выраженность болевого синдрома [4].

Хирургическое вмешательство заключалось в проведении вагинопластики по модифицированной методике McIndoe с использованием расщеплённых кожных трансплантатов и формирующего протеза. При наличии рудиментарных маточных структур с эндометриоидной выстилкой выполнялось их удаление с последующим гемостазом.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.3. Количественные данные были представлены как среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ). Для сравнения средних применяли t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна–Уитни в зависимости от распределения данных. Сравнение частот осуществлялось с помощью  $\chi^2$ -критерия, а для оценки корреляций использовался метод Спирмена. Статистическая значимость устанавливалась при уровне  $p < 0,05$  [5].

**Результаты исследования.** В исследовании были получены достоверные различия в клинических исходах между группами пациенток, перенёвших неовагинопластику с и без хирургической коррекции хронической тазовой боли (ХТБ).

#### *1. Динамика болевого синдрома (ВАШ)*

До операции средний уровень боли по шкале ВАШ в обеих группах был сопоставим

Таблица 1.

Подробная сравнительная таблица результатов.

Показатель	Группа 1 (n=35)	Группа 2 (n=40)	p-значение
Средний ВАШ до операции	7.8	7.6	>0,05
ВАШ через 3 месяца	4.3	6.5	<0,01
ВАШ через 6 месяцев	2.1	5.9	<0,01
ВАШ через 12 месяцев	1.5	5.3	<0,01
Частота болей через 12 месяцев (%)	12%	62%	<0,001
Общий балл FSFI	22.0	16.1	<0,05
Боль при ПА (FSFI, Pain)	1.2	3.8	<0,01
Физическое функционирование (SF-36)	78	62	<0,05
Жизненная активность (SF-36)	72	55	<0,05
Социальная адаптация (SF-36)	84	59	<0,01
Снижение тревожности (SF-36)	62	44	<0,05
Поздние осложнения (рубцы/стеноз)	6%	20%	<0,05
Средняя длительность операции (мин)	95±15	91±12	>0,05

(7,8 в группе 1 против 7,6 в группе 2,  $p>0,05$ ). Однако уже через 3 месяца после вмешательства у пациенток группы 1 наблюдалось значительное снижение болевого синдрома (до 4,3), в то время как у пациенток группы 2 он оставался на уровне 6,5. Дальнейшее наблюдение показало устойчивую положительную динамику у пациенток с коррекцией ХТБ: к 12-му месяцу средний ВАШ снизился до 1,5, тогда как в контрольной группе он составил 5,3 ( $p<0,01$ ).

Также была зафиксирована значимая разница в частоте сохранения болей через год: 12% против 62% соответственно ( $p<0,001$ ), что свидетельствует о высокой клинической эффективности вмешательства на структуры, участвующие в патогенезе ХТБ.

#### 2. Сексуальная функция (индекс FSFI)

Из общего числа пациенток половую жизнь на момент 12-месячного наблюдения начали 48 женщин (64%). Средние значения FSFI по всем доменам были достоверно выше в группе 1, что указывает на лучшее восстановление сексуального здоровья. Общий индекс FSFI составил 22,0 балла против 16,1 ( $p<0,05$ ), при этом домен "боль при половом акте" имел особенно выраженную разницу: 1,2 балла в группе 1 против 3,8 в группе 2 ( $p<0,01$ ).

#### 3. Качество жизни (SF-36)

Опросник SF-36 позволил объективизировать улучшение физического и психоэмоционального состояния пациенток. В группе с хирургической коррекцией ХТБ были зафиксированы более высокие значения по шкале физического функционирования (78 против 62), жизненной активности (72 против 55), социальной адаптации (84 против 59) и снижению тревожности (62 против 44). Все различия достигли статистической значимости ( $p<0,05$  или  $p<0,01$ ), подчёркивая важность междисциплинарного подхода к лечению.

#### 4. Хирургические аспекты и осложнения

Средняя длительность операции в группе 1 не отличалась статистически от стандартной вагинопластики: 95±15 мин против 91±12 мин. Частота ранних послеоперационных осложнений (гематомы, инфильтраты) была сопоставимой: 11% и 13% соответственно. Однако в отдалённом периоде в группе 2 достоверно чаще встречались такие осложнения, как рубцовые деформации и стеноз неовлагалища (20% против 6%,  $p<0,05$ ), что, возможно, связано с выраженным фиброзом и нарушением микроциркуляции при сохранённой боли.

**Обсуждение.** Полученные в результате исследования данные позволяют утверждать, что применение модифицированного хирургического подхода при лечении пациенток с синдромом Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера (СМРКХ), осложнённого хронической тазовой болью (ХТБ), обладает выраженным клиническим преимуществом по сравнению с традиционной тактикой неовагинопластики без коррекции болевого синдрома [6].

Наиболее значимое различие между исследуемыми группами наблюдалось в динамике болевого синдрома, где пациенты, прошедшие комплексную коррекцию (лизис спаек, мобилизация фасций, частичная денервация крестцового сплетения), продемонстрировали устойчивое снижение боли, подтверждённое данными по шкале ВАШ. Это указывает на то, что болевой синдром у данной категории пациенток имеет органическую, патоморфологиче-

скую основу, которая требует хирургической проработки в рамках реконструктивного вмешательства. Подобный подход, основанный на патогенетической концепции ХТБ, ранее описан в работах Oppelt P. и соавт. (2005), а также Morcel K. (2017), что подтверждает соответствие данного исследования современным научным подходам.

Кроме того, существенно улучшились показатели сексуальной функции у пациенток группы 1, в частности по доменам желания, возбуждения, оргазма и снижению болей при половом акте (FSFI). Эти данные можно интерпретировать как результат как анатомического восстановления, так и устранения постоянного болевого фона, который препятствовал физиологическим и психологическим аспектам сексуальности. Это подчёркивает необходимость интеграции мультидисциплинарного подхода — не только гинекологического, но и неврологического, психоэмоционального и хирургического.

Анализ шкалы качества жизни (SF-36) продемонстрировал достоверно лучшие показатели в группе с хирургической коррекцией. Повышение физического функционирования, жизненной активности и социальной адаптации свидетельствует о более эффективной интеграции в общественную и семейную жизнь, что особенно важно для молодых женщин с врождёнными аномалиями репродуктивной системы.

Не менее важно, что модифицированная хирургическая техника не сопровождалась увеличением частоты интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений. Напротив, частота поздних осложнений, таких как стеноз неовлагалища и образование спаек, была значительно ниже, что свидетельствует о защитном эффекте устранения источников хронического воспаления и ишемии.

Таким образом, можно констатировать, что стандартная хирургическая тактика требует пересмотра в сторону включения элементов патогенетической коррекции болевого синдрома, что повышает эффективность лечения и качество жизни пациенток с СМРКХ. Эти данные соответствуют международным тенденциям и обоснованно дополняют существующие клинические рекомендации.

**Выводы.** Синдром аплазии матки и влагалища (СМРКХ), осложнённый хронической тазовой болью, представляет собой клинически сложную нозологическую форму, требующую многоуровневого и патогенетически обоснованного подхода к терапии.

Включение хирургических методов коррекции хронической тазовой боли, таких как лизис спаек, мобилизация тазовой фасции и частичная денервация, в протокол неовагинопластики позволяет достоверно снизить выраженность болевого синдрома, улучшить сексуальную функцию и общее качество жизни пациенток, а также сократить частоту поздних послеоперационных осложнений.

Анализ полученных данных показал, что предложенная модифицированная тактика лечения не приводит к увеличению операционных рисков, однако существенно повышает общую терапевтическую эффективность вмешательства. Это позволяет рассматривать её как возможный стандарт специализированной помощи пациенткам с СМРКХ.

Результаты настоящего исследования обладают высокой практической значимостью и могут быть использованы при пересмотре действующих национальных и региональных клинических протоколов. Кроме того, данные могут быть интегрированы в образовательные программы для повышения уровня подготовки специалистов по лечению редких аномалий развития женской половой системы.

#### Использованная литература:

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Реконструктивная хирургия в гинекологии. — М.: МИА, 2019.
2. Oppelt P. et al. Clinical aspects of Mayer-Rokitansky-Kuester-Hauser syndrome. Arch Gynecol Obstet. 2005; 273(4): 133–140.
3. Morcel K. et al. MRKH syndrome: clinical description and genetics. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017; 46(5): 219–226.
4. Patil M., Patil S. Surgical and non-surgical options in the management of MRKH syndrome. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2020;9(5):2000–2006.
5. Hensle T.W., Reiley E.A. Vaginal reconstruction: techniques and outcomes. Curr Opin Urol. 2021;31(3):278–284.
6. El Saman A.M. et al. Satisfaction after neovaginal creation in MRKH. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019;32(6):632–637.