

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНУС У ДЕТЕЙ

Отamuraдов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Урогенитальный синус (УГС) — слияние влагалища с уретрой в общий канал, открывающийся в промежность — является одной из редких форм АРМ, возникает в результате неполного разделения мочеиспускательного канала и влагалища во внутриутробном периоде. Патология возникает в результате недостаточной активности 21-гидроксилазы, встречается 1:5000–25000 среди родившихся.

Цель: проанализировать результаты диагностики и хирургической тактики при врожденном урогенитальном синусе по материалу клиники с учетом литературных данных.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2009–2019 г. на обследовании и лечении находились 9 девочек с урогенитальным синусом.

Результаты и их обсуждение. При объективном осмотре в клинике для определения степени выраженности вирилизации по Prader (рис. 2) из 9 пациенток у 2 (22,2 %) патология расценена как I степень (небольшая гипертрофия клитора без вирилизации, вход во влагалище, развитие малых и больших половых губ нормальные); у 4 (44,5 %) — II степень (клитор с головкой, кавернозными телами, большие половые губы увеличены, малые — недоразвиты, вход во влагалище сужен); у 3 (33,3 %) — III степень (гипертрофированный клитор с головкой и крайней плотью, напоминающий половой член, большие половые губы как мошонки, общее отверстие урогенитального синуса открывается у корня клитора по типу гипоспадии); IV и V степень в наших наблюдениях не встречались.

Из 9 девочек оперативное вмешательство проведено у 6 в возрасте от 2 до 7 лет. При выборе способа операции учитывается длина общего канала и анатомический вариант (высокая, низкая) УГС. Важным критерием при выборе операции считали расстояние от слияния влагалища и уретры до кожи промежности. Для достижения этих целей проводили тщательную предоперационную объективную и эндоскопическую оценку анатомии УГС с выявлением места слияния влагалища с уретрой, измерением длины общего канала, вертикальной глубины влагалищно-уретрального слияния. Все прооперированы с использованием переднего сагиттального трансанального доступа. Выраженные признаки вирилизации отмечены у 2 пациентов, что потребовало клиторопластики.

В заключение можно отметить, что неправильная трактовка нарушений дифференцировки наружных половых органов без затруднения оттока мочи у девочек из-за недостаточной осведомленности врачей является причиной поздней постановки правильного диагноза. Верификация анатомических форм аномалии, требует комплексного обследования, результаты которого являются критерием при выборе хирургической коррекции. В литературе появляются сообщения о новых способах диагностики и коррегирующих операций, позволяющих улучшить результаты лечения.