

Статья поступила в редакцию 26.02.2022 г.

Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А.

Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово, Россия

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, Донецкая народная республика

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (ДВУРОГОЙ МАТКЕ)

К возникновению аномалий развития женских половых органов приводят наследственные, экзогенные, мультифакториальные факторы. Возникновение пороков развития гениталий относят к критическому периоду внутриутробного развития. В основе лежит отсутствие слияния каудальных отделов парамезонефральных мюллеровых протоков, отклонения в преобразованиях урогенитального синуса, а также патологическое течение органогенеза гонад, который зависит от развития первичной почки. Эти отклонения составляют 16 % всех аномалий.

Аномалии развития женских половых органов могут возникать под влиянием вредных факторов внешней среды, профессиональных вредных воздействий у матери, отравлениях токсическими веществами. Наряду с аномалиями гениталий, в 40 % случаев встречаются аномалии мочевыделительной системы (односторонняя агенезия почки), кишечника (атрезия заднего прохода), костей (врожденный сколиоз), а также врожденные пороки сердца.

В представленной статье описан клинический случай течения беременности и родов при аномалии развития половых органов (двурогой матке).

Ключевые слова: аномалия развития половых органов; двурогой матка; беременность; роды

Shibelgut N.M., Batina N.A., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Zheleznaya A.A.

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,
Kemerovo State Medical University,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia
Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic

THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH WITH ABNORMAL DEVELOPMENT OF THE GENITALS (TWO-HORNED UTERUS)

Hereditary, exogenous, multifactorial factors lead to the occurrence of anomalies in the development of female genital organs. The occurrence of genital malformations is attributed to the critical period of intrauterine development. It is based on the absence of fusion of the caudal sections of the paramesonephral Muller ducts, deviations in the transformations of the urogenital sinus, as well as the pathological course of gonad organogenesis, which depends on the development of the primary kidney. These deviations account for 16 % of all anomalies.

Anomalies in the development of female genital organs can occur under the influence of harmful environmental factors, occupational harmful effects in the mother, poisoning with toxic substances. Along with anomalies of the genitals, in 40 % of cases there are anomalies of the urinary system (unilateral kidney agenesis), intestines (atresia of the anus), bones (congenital scoliosis), as well as congenital heart defects.

The presented article describes a clinical case of pregnancy and childbirth.

Key words: abnormal development of the genitals; a two-horned uterus; pregnancy; childbirth

К возникновению аномалий развития женских половых органов приводят наследственные, экзогенные, мультифакториальные факторы. Возникновения пороков развития гениталий относят к критическому периоду внутриутробного развития. В основе лежит отсутствие слияния каудальных отделов парамезонефральных мюллеровых протоков, отклонения в преобразованиях урогенитального синуса, а также патологическое течение органогенеза гонад,

который зависит от развития первичной почки. Эти отклонения составляют 16 % всех аномалий [1-3].

Аномалии развития половых органов чаще возникают при патологическом течении беременности у матери в разные сроки беременности. Это инфекционные заболевания, интоксикация, эндокринные нарушения в организме матери.

Кроме того, аномалии развития женских половых органов могут возникать под влиянием вредных

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-2-56-61



MYVVM

Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А. Течение беременности и родов при аномалии развития половых органов (двурогой матке) //Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №2(89). С. 56-61.



факторов внешней среды, профессиональных вредных воздействий у матери, отравлениях токсическими веществами [4, 5].

Наряду с аномалиями гениталий, в 40 % случаев встречаются аномалии мочевыделительной системы (односторонняя агенезия почки), кишечника (атрезия заднего прохода), костей (врождённый сколиоз), а также врождённые пороки сердца [6-8].

Аномалии развития матки

Удвоение матки и влагалища возникает вследствие нарушения процесса соединения тех отделов мюллеровых протоков, из которых при нормальном эмбриогенезе образуются матка и вагина.

1. Uterus didelphys — наличие двух самостоятельных половых органов двух маток (в каждой есть одна труба и один яичник) двух шеек, двух вагин. Матки и вагины размещаются отдельно, между ними находится мочевой пузырь и прямая кишка. Две половинки могут быть развиты удовлетворительно или неравномерно: возможна полное или частичное отсутствие полости в одной или обеих половинках. Беременность может наступать по очереди в каждой матке. Этот вид аномалии лечения не требует.

2. Uterus duplex et vagina duplex - наличие двух маток, двух шеек и двух вагин. Но, в отличие от первой формы, обе матки соединяются на ограниченном участке, чаще в области шейки матки, фиброзно-мышечной перегородкой. Одна из маток уступает по величине и в функциональном отношении. На менее развитой матке может быть атрезия маточного зева.

При частичной атрезии одной вагины возможно скопление крови — haematocolpos lateralis. Если в верхнем отделе влагалища имеется закупорка, то возможно инфицирование накопившейся кровью и образование абсцесса в атрезированном влагалище. При наличии полости в рудиментарном роге матки и аплазии влагалища накапливается менструальная кровь и образуется haematometra.

В рудиментарный рог, из маточной трубы может проникнуть оплодотворённая яйцеклетка.

Беременность в рудиментарном роге протекает по типу внематочной беременности и подлежит оперативному лечению.

3. Uterus bicornis — двурога матка возникает от слияния парамезонефральных ходов. В результате наблюдается общая вагина, а другие органы раздвоенные. Как правило, органы на одной стороне выражены слабее, чем на другой.

4. При двурога матке может быть две шейки - uterus bicollis. При этом вагина имеет обычное строение или в ней может быть частичная перегородка.

5. Иногда при двурога матке может быть одна шейка, которая образуется от полного слияния обеих половин — uterus bicornis uncollis. Возможно почти полное слияние обоих рогов за исключением дна, где образуется седловидное углубление — седловидная матка (uterus arcuatus). В седловидной матке может быть перегородка, которая распростра-

няется на всю полость, или частичная перепонка в области дна или шейки матки.

6. При удовлетворительном развитии одного рога матки и резко выраженном рудиментарном состоянии другой образуется единоголая матка — uterus unicornus

Клиническая картина. Удвоение матки и влагалища может протекать бессимптомно. При достаточном удовлетворительном развитии обеих или даже одной матки менструальная и половая функции не нарушаются.

Беременность может наступать то в одной, то в другой полости матки, возможно нормальное течение родов и послеродового периода. Если разные степени удвоений сочетаются с недоразвитием яичников и матки, возникают симптомы, характерные при задержке развития (нарушение менструальной, половой и детородной функций). Часто встречаются самопроизвольные выкидыши, родовая слабость, кровотечения в послеродовом периоде. Гематоклоз и гематометра сопровождаются болью, повышением температуры. При пальпации живота выявляют безболезненную смещающуюся опухоль [9-11].

Диагностика. Распознать удвоение матки и влагалища в большинстве случаев нетрудно, осуществляют это с помощью обычных методов обследования (бимануальном, обследование с помощью зеркала, зондирования, УЗИ). При необходимости применяют метросальпингографию, лапароскопию [12, 13].

Лечение. Удвоение матки и влагалища протекают бессимптомно и лечения не требуют.

При наличии перегородки во влагалище, которая препятствует рождению плода, проводят её рассечение.

При наличии симптомов задержки развития гениталий назначают циклическую гормональную терапию.

При скоплении крови в атрезированном влагалище или в рудиментарном роге требуется хирургическое лечение. При наличии аномалий матки проводят хирургическую коррекцию — операцию метропластики [14, 15].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент К., 24 лет, находилась в Перинатальном центре Кузбасской клинической больницы им. С.В. Беляева.

Отражено течение беременности и родов у женщины с аномалией развития матки (двурога маткой). Учитывая оптимальную выбранную тактику ведения пациентки был получен благоприятный исход для женщины, беременности и родов для матери и плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на активное шевеление плода. Беременность первая, желанная, без прегравидарной подготовки.

Поповоду беременности наблюдалась регулярно. Течение беременности без осложнений. Лабораторно анемия легкой степени, гемоглиобин 107 г/л. Осмотрена эндокринологом – диагностирован гестационный сахарный диабет, диету не соблюдает. Прибавка веса за беременность 8 кг. В 3-м триместре тазовое предлежание плода. При первом скрининге в 12,6 недель по УЗИ обнаружено полное удвоение матки. В 22 недели – низкая плацентация, удвоение тела и шейки матки. Последняя явка в женскую консультацию в 38 недель беременности, дано направление над дородовую госпитализацию.

Анамнез жизни: перенесенные детские инфекции – ветряная оспа. Редко респираторные заболевания. Хронические заболевания отрицает. Травм, операций не было. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена.

Гемотрансфузионный и аллергологический анамнез: не отягощен. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, без контрацепции. Мужу 25 лет, вредные привычки отрицает. Гинекологические заболевания – полное удвоение матки.

Состояние пациента при поступлении: удовлетворительное.

Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Видимые слизистые обычного цвета и влажности. Подкожно-жировой слой развит избыточно. ИМТ 31 кг/м². Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отеки отсутствуют. Температура 36,6; Тоны сердца ясные, ритмичные, громкие. ЧСС 72 уд. в мин. АД D 137/70 мм.рт.ст.; АД 137/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем полям, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. С-м поколачивания отрицательный, с обеих сторон. Мочиспускание не нарушено, диурез адекватный. Стул не нарушен.

Наружное акушерское исследование: Матка овоидной формы, с четкими ровными контурами, безболезненная, в нормотонусе. Родовая деятельность отсутствует. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное ЧСС 140 уд. в мин.

Внутреннее акушерское исследование: Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Оволосение по женскому типу. Признаки инфантилизма отсутствуют. Слизистая вульвы розовая. В асептических условиях после обработки наружных половых органов и влагалища 0,05 % водным раствором хлоргексидина биглюкона Р.У. Влагалище умеренной емкости. Слизистая влагалища нормальной окраски. Шейка матки эксцентрично кзади длиной до 2,0 см Цервикальный канал наружный зев замкнут. Предлежащая часть над входом в малый таз. Крестцовая впадина емкая. Мыс не достижим. Выделения из половых путей бели.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза, сводных данных о сроке беременности и объективного осмотра ставлю предварительный клинический диагноз: **Диагноз:** Беременность 38 недель. ХФПН. ХГП. Тазовое предлежание плода. Гестационный СД. Анемия легкой степени смешанного генеза (хр. ЖДА+ гестационная). АРМПС: удвоение тела матки и шейки матки. Ожирение 1 степени.

Намечен план ведения: Учитывая наличие у пациентки с смешанного ягодичного предлежания плода, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Протокол операции. Положение плода продольное, предлежание - тазовое, сердцебиение плода - ритмичное 146 уд/мин. Брюшная полость вскрыта послойно разрезом по Пфанненштилю. В рану предлежит беременная матка, соответствующая доношенному сроку беременности. В брюшной полости умеренное количество серозного выпота. Брюшная полость изолирована от матки салфетками. В области нижнего сегмента произведен поперечный линейный разрез до 2,0 см. Разрез на матке тупо продлен до 11,0 см. Излилось небольшое количество светлых околоплодных вод. За ягодички без затруднений извлечен новорожденный, передан неонатологу.

Состояние ребенка живой. Доношенный. Пол мужской. Вес при рождении 2800 грамм. Длина тела при рождении 53 см. Окружность головки 34 см. Окружность груди 31 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Обвития нет. Плацента удалена методом контролируемых тракций, располагалась по задней стенке матки. Прикрепление пуповины центральное, длиной около 70 см. Послед отправлен на гистологическое исследование. Рана матки ушита двухрядно послойно непрерывно нитями VICRYL Plus. Перитонизация однорядно непрерывно лактисорбом з/с pl.vezicouterinae. Ревизия и туалет брюшной полости. В правой подвздошной области определяется тело второй матки с правыми придатками (рисунки 1, 2, 3, 4).

Придатки осмотрены: маточная труба и яичник справа без особенностей, маточная труба и яичник слева без особенностей. Счет салфеток, инвентария - совпал, все. Послойно восстановлена передняя брюшная стенка (брюшина, мышца, апоневроз, подкожно-жировая клетчатка - лактисорб, кожа - внутрикожный шов полисорб). Асептическая повязка на кожу. Диурез 100 мл, моча светлая. Общая кровопотеря 400 мл. Особенности операции ретроградно - имеется два цервикальных канала, проходимость один см.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Женщина выписана домой с ребенком на 6 сутки после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан редкий клинический случай аномалии течения беременности и

родов при аномалии развития матки (двурогой матке).

Учитывая, оптимальную выбранную тактику ведения пациентки был получен благоприятный исход для женщины, беременности и родов для матери и плода.

Рисунок 1

Этап операции – визуализация двурогой матки

Figure 1

Stage of surgery – visualization of a two-horned uterus

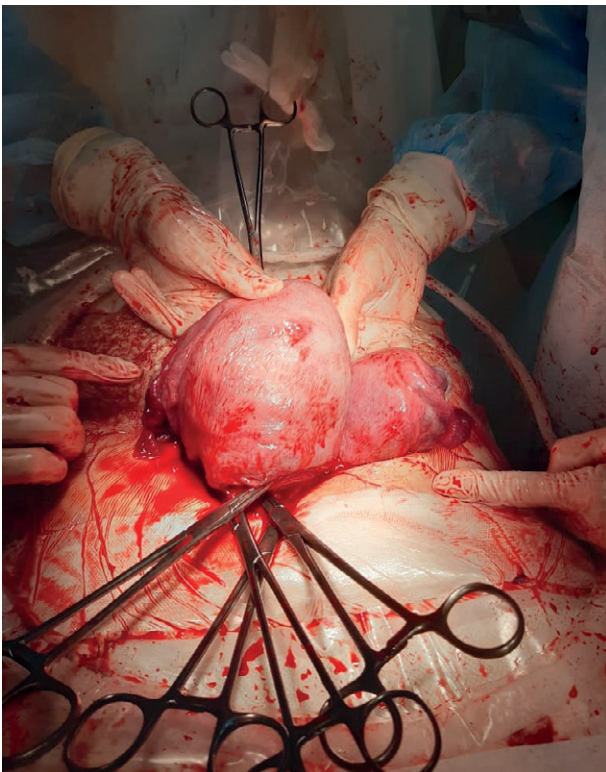


Рисунок 2

Этап операции – визуализация двурогой матки

Figure 2

Stage of surgery – visualization of a two-horned uterus



Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Рисунок 3

Этап операции при кесаревом сечении

Figure 3

Stage of surgery – visualization of a two-horned uterus

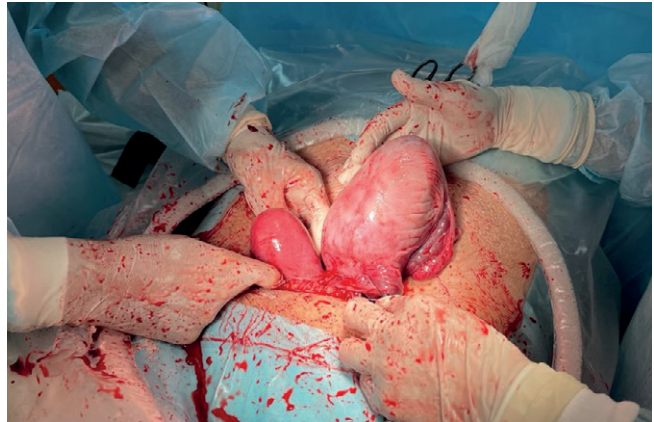
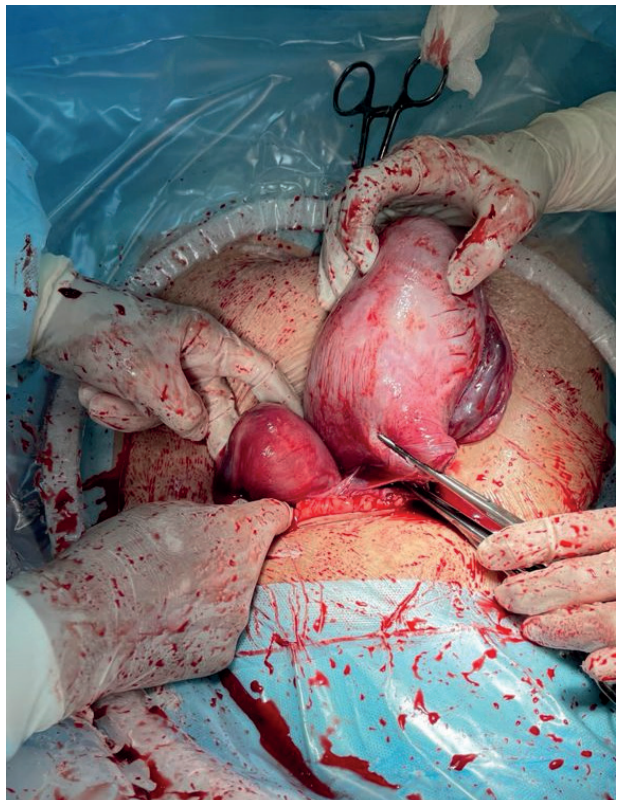


Рисунок 4

Этап операции при кесаревом сечении

Figure 4

Stage of surgery – visualization of a two-horned uterus



ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Management of acute obstructive uterovaginal anomalies: ACOG Committee Opinion No. 779. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(6): 363-371. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003281.
2. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian agenesis: diagnosis, management, and treatment. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(1): 35-42. DOI: DOI: 10.1097/AOG.0000000000002458.
3. Patel V, Hakim J, Gomez-Lobo V, Amies Oelschlägel AM. Providers' experiences with vaginal dilator training for patients with vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(1): 45-47. DOI: 10.1016/j.jpag.2017.07.006.
4. Amies Oelschlägel AM, Debiec K, Appelbaum H. Primary vaginal dilation for vaginal agenesis: strategies to anticipate challenges and optimize outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016; 28(5): 345-349. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000302.
5. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(6): 172-189. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002670.
6. Diagnosis and management of hymenal variants: ACOG Committee Opinion No. 780. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(6): 372-376. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003283.
7. Santos XM, Dietrich JE. Obstructed hemivagina with ipsilateral renal anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(1): 7-10. DOI: 10.1016/j.jpag.2014.09.008.
8. Farkhat KN, Adamyan LV. Anomalies in the development of the uterus and vagina in combination with endometriosis: management tactics and surgical correction. *Obstetrics and gynecology.* 2016; (5): 96-103. Russian (Фархат К.Н., Адамян Л.В. Аномалии развития матки и влагалища в сочетании с эндометриозом: тактика ведения и хирургическая коррекция // Акушерство и гинекология. 2016. № 5. С. 96-103.) DOI: 10.18565/aig.2016.5.96-102.
9. Acien P, Acien M. The presentation and management of complex female genital malformations. *Hum Reprod Update.* 2016; 22(1): 48-69. DOI: 10.1093/humupd/dmv048.
10. Jacquinet A, Millar D, Lehman A. Etiologies of uterine malformations. *Am J Med Genet A.* 2016; 170(8): 2141-2172. DOI: 10.1002/ajmg.a.37775.
11. Elgina SI. Clinical evaluation of neonatal girls' reproductive system and prognosis of its formation disturbances. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health.* 2009; (1): 43-47. Russian (Елгина С.И. Клиническая оценка репродуктивной системы новорожденных девочек и прогнозирование нарушений ее становления // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 1. С. 43-47.)
12. Elgina SI, Zolotarevskaya OS, Zakharov IS, Mozes VG, Rudaeva EV, Razumova VA, Kratovskiy AYU. Cytological screening for cervical cancer diagnosing. *Mother and Baby in Kuzbass.* 2019; (3): 37-40. Russian (Елгина С.И., Золоторевская О.С., Захаров И.С., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Разумова В.А., Кратовский А.Ю. Цитологический скрининг в диагностике рака шейки матки. Мать и Дитя в Кузбассе. 2019. № 3. С. 37-40.)
13. Han JH, Lee YS, Im YJ, Kim SW, Lee MJ, Han SW. Clinical implications of obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome in the prepubertal age group. *PLoS One.* 2016; 11(11): e0166776. DOI: 10.1371/journal.pone.0166776.
14. Han JH, Lee YS, Im YJ, Kim SW, Lee MJ, Han SW. Clinical implications of obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome in the prepubertal age group. *PLoS One.* 2016; 11(11): e0166776. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166776.
15. Gynecology : national guide. Eds. G.M. Savel'eva, G.T. Suhih, V.N. Serov, V.E. Radzinskij, I.B. Manuhin. 2nd ed., rev. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 1008 p. Russian (Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1008 с.)

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56

E-mail: elginas.i@mail.ru

ШИБЕЛЬГУТ Нона Марковна, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерской помощи, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: nona.shibelgut@mail.ru

SHIBELGUT Nona Markovna, candidate of medical sciences, deputy chief physician for obstetric care, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: nona.shibelgut@vail.ru

БАТИНА Наталья Анатольевна, зав. родовым отделением, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

BATINA Natalya Anatolyevna, head of the maternity department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, директор медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.
E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

ЖЕЛЕЗНАЯ Анна Александровна, доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской и подростковой гинекологии ФИПО, ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, г. Донецк, Донецкая Народная Республика.

ZHELEZNAYA Anna Aleksandrovna, doctor of medical sciences, professor of the department of obstetrics, gynecology, perinatology and pediatric and adolescent gynecology, faculty of postgraduate education, Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic.