

## АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ.

**Воронцова Наталья Александровна,**

врач акушер-гинеколог

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Студенов Георгий Владимирович**

врач акушер-гинеколог, заведующий родовым отделением;

**Сенникова Жанна Владимировна**

врач акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

**Уварова Евгения Евгеньевна**

врач акушер-гинеколог;

**Седелева Наталья Ивановна**

врач акушер-гинеколог

**Чурсина Ольга Андреевна**

врач акушер-гинеколог;

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии

**Логина Елена Андреевна**

врач акушер-гинеколог,

**Василевская Галина Владимировна**

врач акушер-гинеколог,

заведующая акушерским отделением;

**Валиуллина Надежда Юрьевна**

врач акушер-гинеколог;

**Мурцаев Роман Сергеевич,**

врач акушер-гинеколог;

**Степанов Сергей Юрьевич,**

врач акушер-гинеколог,

заведующий отделением патологии беременности;

**Клычбаев Тимур Серикович,**

врач акушер-гинеколог;

**Мусалова Ильнара Амировна,**

врач акушер-гинеколог.

ГАУЗ ООКБ № 2 Областной перинатальный центр

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

г. Оренбург Российская Федерация

---

Аномалии строения органов женской репродуктивной системы являются полиэтиологическими, связаны с нарушениями на генном уровне, тератогенным воздействием на плод различных факторов, гормональными изменениями в период органогенеза.

Несмотря на то, что аномалии развития матки составляют всего 4,0% от всех врожденных аномалий, именно они являются причиной бесплодия в 13% случаев, невынашивания беременности в 15% случаев, приводят к преждевременным родам в 18% случаев, аномальные положения плода у пациенток с пороками развития матки выявляются в 15–25% [2].

В связи с этим проблема ранней диагностики аномалий развития женских половых органов является актуальной.

В настоящее время описано множество классификаций различных видов пороков развития матки и влагалища. Наиболее часто встречающейся формой порока развития строения женских половых органов является вариант полного удвоения матки и влагалища. Эта аномалия является дисэмбриогенетическим нарушением, развивающимся вследствие неполного слияния парных мюллеровых каналов в процессе внутриутробного развития [1].

В случае, если удвоено только тело матки при наличии общей шейки и влагалища встречаются варианты внутриматочной перегородки.

Внутриматочная перегородка расположена продольно и разделяет полость матки на две половины (гемиполости), может быть как полной, так и неполной, тонкой или на широком основании.

Несмотря на тяжесть патологии, большинство женщин с внутриматочной перегородкой способны к зачатию и деторождению, аномалия развития матки выявляется у них случайно на ранних сроках беременности, либо при лечении гинекологических заболеваний.

При гинекологическом исследовании заподозрить внутриматочную перегородку не удаётся. Иногда может определяться незначительное увеличение поперечного размера матки. Окончательная диагностика внутриматочной перегородки возможна при проведении лапароскопии, а для определения объема полости матки, степени выраженности внутриматочной перегородки необходима гистероскопия [3], в то время как удвоение матки можно диагностировать путем изучения анамнеза, гинекологического исследования, кольпоскопии, гистероскопии, УЗИ или МРТ малого таза.

На основании вышесказанного можно утверждать, что данная патология достаточно редкое явление, в связи с этим 3 клинических случая, проведенные на базе Областного перинатального центра ГАУЗ ОКБ № 2 г. Оренбурга в 2019 -2020 г г., должны представлять большой интерес для широкого круга специалистов.

Первый случай. Пациентка Н., первобеременная, 24 года, беременность I, наступила самостоятельно. Поступила в ГАУЗ «ОКБ № 2» с жалобами на жидкие выделения из половых путей.

Из анамнеза жизни известно, что менструации с 12 лет, установились сразу, по 5 дней, через 28 дней, умеренно болезненные. Половая жизнь с 21 лет. В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ. Хронические заболевания: неполное удвоение левой почки, цистит, гипотиреоз. Травмы отрицает, лекарственная непереносимость не выявлена, наследственный и аллергологический анамнез не отягощены. До наступления беременности по данным на УЗИ и МРТ был установлен диагноз неполное удвоение почки, полное удвоение матки, шейки матки, перегородка во влагалище.

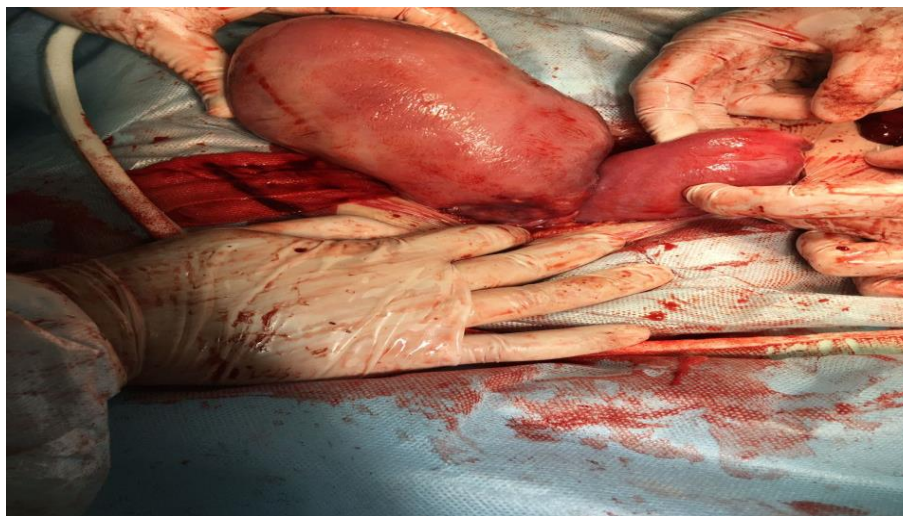
В женской консультации на учёте с 10 недель, посещала регулярно. Беременность протекала на фоне кольпита, проводилась санация влагалища. в I триместре была угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.

В сроке 37 недель и 3 дня произошло преждевременное излитие околоплодных (ПИВ) вод. При поступлении в родовое отделение беременной был выставлен диагноз: I беременность 37 недель 3 дня. ПИВ. «Незрелая» шейка матки. Аномалия развития половых органов. Полное удвоение матки (с учетом данных УЗИ и МРТ). Полная перегородка влагалища. Неполное удвоение левой почки. Субклинический гипотиреоз, медикаментозная компенсация.

Учитывая ПИВ при «незрелой» шейке матки у беременной с аномалией развития половых органов, пациентка была родоразрешена экстренным кесаревым сечением.

Из протокола операции: При входе в брюшную полость - слева матка 6\*8 см, справа беременная матка. В области передней стенки матки варикозно-расширенные сосуды. Стенка беременной матки истончена.

При операции извлечен живой доношенный мальчик с оценкой по АПГАР 8/9 баллов 2650 гр 50 см. Видимых пороков развития нет. Плацента по задней стенке и в дне, отделилась самостоятельно. Матка сократилась.



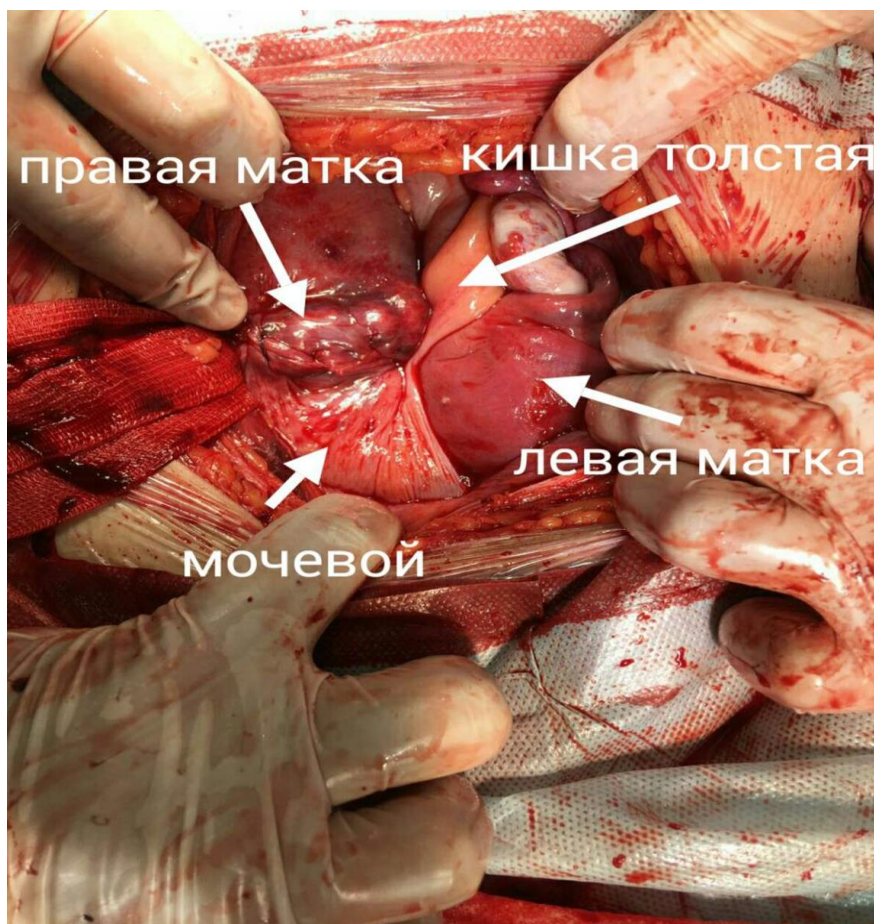
*Рисунок 1. Аномалия развития матки. Полное удвоение матки.  
Вид спереди.*

При ревизии органов малого таза правая матка плотная, овоидной формы, размерами 25 см в длину, ширина 10 см, толщина 9 см. Справа от матки отходят придатки – труба и яичник без особенностей. Слева придатков нет.



*Рисунок 2. Аномалия развития матки. Полное удвоение матки.  
Вид сзади.*

Левая матка увеличена до 7-8 недель беременности, мягко-эластической консистенции, уплощена в передне-заднем направлении. Слева от матки отходят придатки- труба и яичник без особенностей. Придатки справа отсутствуют.



*Рисунок 3. Аномалия развития матки. Полное удвоение матки.  
Вид сверху.*

Проведено дренирование брюшной полости. Кровопотеря во время операции 600 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана домой на 4 сутки вместе с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Случай 2. Пациентка К., 25 лет. Беременность 3, наступила спонтанно. В анамнезе 1 неразвивающаяся беременность в сроке 5 недель и 2я беременность в трубном маточном углу левой рудиментарной матки, закончившаяся удалением рудиментарной матки с трубой. На учете с 5 недель. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, по поводу чего многократно находилась на стационарном лечении в 1 и 2м триместрах беременности, до 34 недель принимала утрожестан. У пациентки поперечно-суженный таз. Во время беременности кольпит, проводилась санация половых путей. В родовое отделение поступила с активной родовой деятельностью, в 1м периоде родов. Учитывая наличие рубца на матке после удаления рудиментарной матки, поперечно-суженный таз была родоразрешена операцией кесарево сечение в экстренном порядке. При операции извлечен живой доношенный мальчик 3690 гр 50 см на 8/9 баллов по шкале Апгар. Матка неправильной овоидной формы, вытянута снизу вверх, в нижней трети слева рубец после удаления рудиментарной матки. Справа имеется яичник и маточная труба, слева яичник, прикрепленный практически на уровне нижнего сегмента. Отмечалась выраженная гипотония матки, кровопотеря составила 1300, потребовалась перевязка маточных сосудов, дополнительное введение утеротоников, плазмо- и гемотрансфузия. Выписана домой на 5е сутки с живым ребенком в удовлетворительном состоянии.

Случай 3. Пациентка А., 33 лет. У пациентки полное удвоение матки. Беременность 3. В анамнезе 1 замершая беременность в 8 недель, 2я беременность закончилась преждевременными родами в 28 недель, ребенок погиб на 15 сутки, вторичное бесплодие, стимуляция овуляции клостильбегитом. Данная беременность протекала на фоне кольпита, угрозы прерывания. В 16 недель диагностирована ИЦН, выполнен абдоминальный лапароскопический серкляж. Неоднократно стационарное лечение по поводу угрожающих преждевременных родов. Беременность осложнилась гестационным сахарным диабетом, инсулинозависимым с признаками диабетической фетопатии плода. В 38недель 5 дней в плановом порядке была родоразрешена операцией кесарево сечение, извлечен живой доношенный мальчик 3290 гр 51 см на 8/8 баллов по шкале Апгар. Из протокола операции: беременность в левой матке, матка вытянутой овоидной формы, правая матка рудиментарная, в области внутреннего зева мерселеновая нить. На 4е сутки выписана домой с живым ребенком в удовлетворительном состоянии.

Случаи успешных спонтанно наступивших беременностей у женщин с аномалиями развития половых органов встречаются крайне редко. Настоящие клинические случаи демонстрирует относительно доброкачественное течение беременности и родов у пациенток с аномалией развития половых органов, на фоне которого была возможна беременность, закончившаяся рождением путем кесарева сечения здорового доношенного ребёнка.

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Хашукоева А. З. Пороки развития матки и влагалища. - М.: Медицина. - 1998. - 328 с.
2. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности/Триада – X. – 2002. – 304с.
3. Лысяк Д.С. Врожденные аномалии развития матки и влагалища: учебное пособие – Благовещенск: 2017. – 45 с.