

**Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, кафедра детских инфекционных болезней;  
ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3, Волгоград

## **СЛУЧАЙ ПОЛНОГО УДВОЕНИЯ МАТКИ И ШЕЙКИ МАТКИ, ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ СЛУЧАЙНО**

УДК 618.1-007

В статье рассматривается клинический случай полного удвоения матки и шейки матки, пораженных эндометриозом и полипами у пациентки 36 лет. При этом гинекологическая патология была обнаружена случайно при обследовании по поводу желчнокаменной болезни. Случай закончился благополучно.

*Ключевые слова:* аномалии развития внутренних половых органов у женщин, удвоение матки, эндометриоз, полипы.

**R. V. Myakonkiy, K. O. Kaplunov**

## **A CASE REPORT OF A COMPLETE DUPLICATION OF THE UTERUS AND CERVIX DIAGNOSED INCIDENTALLY**

The article presents a clinical case of a 36-year-old female who had a complete duplication of the uterus and cervix with evidence of endometriosis and polyps. The duplication anomaly was an incidental finding during diagnostic testing for gallstone disease. The clinical case was ultimately resolved successfully.

*Key words:* developmental abnormalities of the female reproductive organs, duplication of the uterus, endometriosis, polyps

**Удвоение матки** – врожденная аномалия строения половых органов, характеризующаяся частичным или полным анатомическим разделением маточной полости надвое. Данная патология, как и описанные нами ранее случаи [4–6, 8, 9], относится к довольно редкой (обнаруживается у менее 1% женщин) и является дисэмбриогенетическим нарушением, развивающимся вследствие неполного слияния парных мюллеровых каналов в процессе внутриутробного развития [1].

Наиболее выраженной формой данного порока развития считается вариант полного удвоения матки и влагалища. При этом у пациентки определяются две изолированные матки, от каждой из которых отходит одна маточная труба с яичником, две отдельные шейки матки и два влагалища. Обе матки и влагалища могут быть отделены друг от друга мочевым пузырем и прямой кишкой либо тесно соприкасаться стенками. В одних случаях обе половины бывают анатомически и функционально полноценны, в других – одна из половин бывает развита слабее [3].

Возможна форма порока, при котором имеется удвоение матки (тела и шейки) при одном влагалище. При удвоении только тела матки и наличии общей шейки и влагалища встре-

чаются варианты двурогой матки, седловидной матки, внутриматочной перегородки, матки с функционирующим рудиментарным замкнутым рогом.

Наличие двух обособленных маток и влагалищ может не вызывать клинических проявлений и диагностироваться в процессе рутинного гинекологического осмотра, ультразвукового исследования либо оперативного вмешательства [7]. В случае полного удвоения матки и влагалища в сочетании с аплазией или атрезией одной вагинальной полости спустя 3–6 месяцев после первой менструации развивается картина гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса на стороне обособленной полости. В этом случае симптоматика характеризуется сильными распирающими болями внизу живота, не купируемыми спазмолитиками и обезболивающими препаратами. При седловидной матке и внутриматочной перегородке клинические проявления в подростковом возрасте, как правило, отсутствуют.

В комплексе поэтапной диагностики удвоения матки проводится изучение анамнеза, гинекологическое (в т. ч. ректоабдоминальное) исследование, кольпоскопия, гистероскопия, УЗИ или МРТ малого таза, УЗИ и КТ почек, лапароскопия [10].

Полное удвоение влагалища и шейки матки можно визуально определить уже при проведении гинекологического осмотра и кольпоскопии. При аплазии одного влагалища осмотру бывает доступна только полноценная вагина, в куполе которой определяется одна шейка матки. Проведение кольпоскопии при удвоении матки и аплазии добавочного влагалища выявляет выпячивание в области латеральной стенки влагалища; при ректоабдоминальном исследовании определяется гематокольпос и гематометра в виде опухолевидного неподвижного образования тугоэластической консистенции.

Хирургическая тактика при полном удвоении матки и частичной аплазии одного влагалища показана в случаях нарушения оттока менструальной крови [2]. При этом в ходе влагалищного этапа производится рассечение стенок влагалища с формированием сообщения между функционирующей и замкнутой полостями, вскрытие и дренирование гематокольпоса, санация влагалища. На лапароскопическом этапе уточняется взаиморасположение маток, осуществляется опорожнение гематометры и гематосальпинкса, санация брюшной полости.

Учитывая редкость данной патологии, настоящее клиническое наблюдение будет представлять интерес для широкого круга специалистов.

Пациентка Б., 34 лет, жительница сельской местности, обратилась в одну из поликлиник Волгограда с жалобами на периодически возникающие боли в правом подреберье, усиливающиеся после погрешностей в диете. При первичном хирургическом обследовании был выставлен предварительный диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

При УЗИ органов брюшной полости предварительный диагноз подтвержден.

Хирургом поликлиники было рекомендовано оперативное лечение в объеме холецистэктомии в плановом порядке. Назначено стандартное предоперационное обследование. После осмотра гинекологом и выполнения УЗИ малого таза было впервые диагностировано полное удвоение матки и шейки матки.

В связи с отсутствием гинекологических жалоб пациентка была направлена на госпитализацию в хирургический стационар, где в плановом порядке была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационный период протекал гладко.

При выписке больной из хирургического отделения ей было рекомендовано обратиться к гинекологам для верификации обнаруженной аномалии развития внутренних половых органов.

В течение двух лет после холецистэктомии пациентка к гинекологу не обращалась, никаких

жалоб со стороны мочеполовой системы не предъявляла. Внезапно на фоне полного здоровья почувствовала резкую интенсивную боль в гипогастрии. Экстренно обратилась за специализированной помощью в одно из гинекологических отделений Волгограда.

Из анамнеза болезни известно, что заболевание началось на фоне очередной менструации. Из анамнеза жизни известно, что менструации с 14 лет, установились через 1 год, по 4–6 дней, через 28–30 дней, умеренно болезненные. Половая жизнь с 20 лет. В связи с отсутствием симптомов гинекологических заболеваний гинеколога не посещала, периодические профилактические осмотры гинекологом не проводились. Хронические заболевания, перенесенные инфекционные болезни, травмы отрицает; лекарственная непереносимость не выявлена; наследственный и аллергический анамнезы не отягощены.

В ходе обследования больной диагноз врожденной аномалии развития в объеме полного удвоения матки и шейки матки был дополнен и подтвержден данными УЗИ: Эндометриодная киста левого яичника. Гематометра левой матки. Аденомиоз обеих маток. Гематосальпинкс билатерально. Кистозная дегенерация правого яичника. Полип эндометрия в правой матке.

Пациентке было выполнено хирургическое вмешательство в объеме: Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация обеих маток с придатками.

Из протокола операции: [...] Левая матка увеличена до 9–10 недель, мягковатой консистенции, розового цвета с эндометриодными гетеротопиями под серозным покровом. Придатки слева представлены опухолевидным образованием 12x12x13 см, состоящим из яичника 10x9 см с кистами, заполненными «шоколадным» содержимым, на нем распластана маточная труба 14 см длиной, расширена до 4 см, фимбриальный конец запаян, труба заполнена «шоколадным» содержимым. Образование тесно спаяно с задней стенкой левой матки, стенкой таза, петлями тонкой кишки.

Правая матка обычных размеров, на серозном покрове единичные эндометриодные гетеротопии.

Придатки справа: маточная труба расширена до 4 см, фимбриальный конец запаян, труба заполнена «шоколадным» содержимым. Яичник 4x5 см с множеством кистозных полостей и эндометриодными гетеротопиями.

Описание макропрепарата: на разрезе стенка правой матки обычного строения. Эндометрий изменен, имеется полип 3x1,5 см, левая матка заполнена «шоколадным» содержимым. Яичник справа с кистозной дегенерацией. Киста

левого яичника трехкамерная, содержимое «шоколадное», наружная и внутренняя капсулы гладкие, без сосочковых разрастаний...].

Послеоперационный период протекал гладко, больная получала симптоматическую и антибактериальную терапии. Пациентка выписана с улучшением, даны рекомендации по амбулаторному наблюдению.

Таким образом, манифестация гинекологического заболевания на фоне врожденной аномалии развития внутренних половых органов у пациентки произошло в 36-летнем возрасте. Характер патологических изменений потребовал удаления маток с придатками, последствием чего стало бесплодие больной.

В реальной клинической практике удвоение матки и влагалища нередко приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, необоснованным вмешательствам – аппендэктомии, тубэктомии или удалению придатков, бужированию цервикального канала и влагалища. Именно по этой причине при обнаружении патологии мочеполовой системы возникает необходимость в консультациях профильных специалистов – гинеколога, уролога или нефролога.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Хашукоева А. З. Пороки развития матки и влагалища. – М.: Медицина. – 1998. – 328 с.
2. Демидов В. Н. Полная форма двурогой матки в сочетании с неполной формой удвоения шейки матки и перегородкой во влагалище (клиническое наблюдение) // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – № 2. – 2008. – С. 70–74.
3. Демидов В. Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища // Клиническая визуальная диагностика. – № 7. – 2006. – С. 119.
4. Каплунов К. О., Чернявская О. А., Иоанниди Е. А., Крамарь Л. В. Случай завоза лихорадки денге в Волгоград // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 2 (50). – С. 59–61.
5. Каплунов К. О., Чернявская О. А., Иоанниди Е. А., Крамарь Л. В., Лазаренкова Л. В. Случай фульминантного течения острого микст-гепатита А+В // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 56–59.
6. Крамарь Л. В., Каплунов К. О., Секретева В. М. Клинический случай сочетанного течения острого вирусного гепатита А и гастроинтестинальной формы острого сальмонеллеза // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 50–52.
7. Кулаков В. И., Кузнецова Л. И., Мартыш Н. С. Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний у детей и подростков. М.: Аир-Арт. – 2004. – 104 с.
8. Мяконький Р. В., Каплунов К. О. Случай агенезии желчного пузыря // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 3 (51). – С. 59–61.
9. Мяконький Р. В., Каплунов К. О. Случай дивертикулярной болезни тонкой кишки, осложнившейся перфорацией дивертикула с образованием межкишечного абсцесса и развитием острой кишечной непроходимости // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 4 (52). – С. 55–59.
10. Озерская И. А. Эхография в гинекологии. – М.: Медиа. – 2005. – 285 с.