

Исход беременности при редкой врожденной патологии – удвоении матки. Клинический случай

О.В. Чечулина^{✉1}, Л.Р. Давлятшина²

¹Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия;

²ГАОУЗ «Городская клиническая больница №16», Казань, Россия

Аннотация

Большинство пороков развития женских половых органов в зависимости от их особенностей оказывает серьезное влияние на репродуктивную функцию и состояние беременных. В связи с этим всем женщинам с пороками развития матки и влагалища необходимы консультирование при подготовке к беременности, динамическом наблюдении за течением беременности с ранних сроков с учетом возможных осложнений, а также адекватная тактика ведения беременности и профилактическая коррекция возможных осложнений, мониторинг состояния плода с учетом срока беременности и планирование сроков и метода родоразрешения.

Ключевые слова: пороки развития матки и влагалища, течение и осложнение беременности, родоразрешение

Для цитирования: Чечулина О.В., Давлятшина Л.Р. Исход беременности при редкой врожденной патологии – удвоении матки. Клинический случай. Гинекология. 2022;24(4):334–337. DOI: 10.26442/20795696.2022.4.201758

CASE REPORT

Pregnancy outcome in uterus didelphys: case report

Olga V. Chechulina^{✉1}, Liliia R. Davliatshina²

¹Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia;

²City Clinical Hospital №16, Kazan, Russia

Abstract

Most malformations of the female reproductive organs, depending on their features, have a serious impact on reproductive function and the condition of pregnant women. Therefore, all women with uterine and vaginal malformations require counseling in preparation for pregnancy, follow-up during the pregnancy from the early stages, taking into account possible complications, adequate pregnancy management and prevention of complications, as well as fetal monitoring according to gestational age and planning the term and method of delivery.

Keywords: uterine and vaginal malformations, course and complications of pregnancy, delivery

For citation: Chechulina OV, Davliatshina LR. Pregnancy outcome in uterus didelphys: case report. Gynecology. 2022;24(4):334–337. DOI: 10.26442/20795696.2022.4.201758

Введение

Врожденные пороки развития женских половых органов (мюллеровы аномалии) представляют собой неоднородную группу пороков развития тела и шейки матки, влагалища и фаллопиевых труб, возникших в результате неправильного формирования, неполного слияния или остановки развития мезонефральных (мюллеровых) протоков. Вероятной причиной развития аномалии матки является воздействие неблагоприятных факторов в различные периоды беременности [1–3]. Тип и выраженность врожденного дефекта зависят от времени воздействия. К числу неблагоприятных факторов, провоцирующих аномалии развития матки у плода женского пола, относят следующие:

- перенесенные матерью во время беременности, особенно в I триместре, инфекционные заболевания (корь, краснуха, грипп, инфекции, передающиеся половым путем);

- нарушения обмена веществ и эндокринная патология (нарушения работы щитовидной железы, недостаточность витаминов и микроэлементов);
- интоксикации (употребление женщиной до беременности и во время нее алкоголя, наркотических веществ, прием медикаментов, оказывающих эмбриотоксическое и тератогенное воздействие на плод);
- наследственный фактор (хромосомные и генные мутации);
- негативное влияние окружающей среды;
- тяжелые психологические стрессы [4–6].

Серьезное влияние на репродуктивную функцию и состояние беременных оказывает большинство пороков развития женских половых органов в зависимости от их особенностей, а также сопутствующая гинекологическая патология [7–9]. Наличие порока развития матки может быть бессимптомным, но при этом у пациенток снижен

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Чечулина Ольга Васильевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9378-9888

Давлятшина Лилия Рустамовна – зам. гл. врача по акушерству и гинекологии ГАОУЗ «ГКБ №16». ORCID: 0000-0001-9006-0362

[✉]Olga V. Chechulina – Dr. Sci. (Med.), Prof., Kazan State Medical Academy – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9378-9888

Liliia R. Davliatshina – Deputy Chief doctor, City Clinical Hospital №16. ORCID: 0000-0001-9006-0362

репродуктивный потенциал и возможны неблагоприятные репродуктивные исходы. Так, у женщин с аномалиями развития матки отмечается высокая частота встречаемости самопроизвольных абортов, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, гибели плода [10, 11]. Ю.В. Григорьева и соавт. сообщают, что механизм прерывания беременности при пороках развития матки связан с нарушениями процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия вследствие недостаточной васкуляризации органа, функциональными особенностями миометрия. Прерывание беременности при пороках развития матки может происходить на любом сроке: до периода имплантации, после имплантации, и только 2–3% потерь беременности происходит после 8–10-й недели [1, 12, 13]. В связи с этим изучение особенностей течения беременности с учетом формы врожденных аномалий развития гениталий, метода коррекции имеет значение в определении тактики ее ведения, начиная с ранних сроков [14].

К наиболее информативным инструментальным методам диагностики пороков развития матки относят ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансную томографию и гистеросальпингографию. Сочетание гистеро- и лапароскопии считается «золотым стандартом» в установлении вида порока развития матки в связи с безопасностью методики, высокой точностью и возможностью, в случае необходимости, одномоментного выполнения хирургической коррекции [15–20].

С целью оптимизации диагностики и подходов к выбору тактики ведения и лечения пациенток с пороками развития матки представлено много классификаций. Общеизвестными являются классификация Американского общества по репродукции (American Fertility Society, 1988 г.) [21] и усовершенствованная классификация Рабочей группы экспертов European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)/European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE; Салоники, 2015 г.), основанные на описании аномалий развития женского репродуктивного тракта в зависимости от степени отклонений от нормы, характерных клинических проявлений, необходимого лечения и прогнозов по репродуктивным исходам [22, 23]. В нашей стране широко применяется классификация Л.В. Адамьян, предложенная в 1998 г. и усовершенствованная в 2014 г., которая разработана с учетом анатомических особенностей и эмбрионального происхождения пороков развития женских половых органов [24], отличается клинико-анатомическим подходом, облегчающим диагностику и выбор тактики ведения больных.

Выделяют следующие пороки развития матки и влагалища:

- I – аплазия влагалища;
- II – однорогая матка;
- III – удвоение матки и влагалища;
- IV – двурогая матка;
- V – внутриматочная перегородка;
- VI – пороки развития маточных труб и яичников;
- VII – редкие формы пороков половых органов.

Удвоение матки относится к очень редким врожденным нарушениям. Речь идет о пороке развития детородного органа, который в ходе своего развития становится парным в результате эмбриогенетического неслияния мюллеровых протоков. Частота распространения колеблется от 1:1000 до 1:30 000. Двойная матка имеет 2 отдельные шейки и иногда даже двойную вагину. Каждая из сформировавшихся маток соединена с одной фаллопиевой трубой и соответствующим

яичником [25]. Органы обычно более или менее тесно соприкасаются между собой либо частично срастаются. Степень зрелости органов при этой аномалии развития матки может существенно различаться: от двух одинаково зрелых маток и влагалищ с обеих сторон до крайне неравномерного развития (полноценной пары органов с одной стороны и рудиментарной – с другой). При достаточном развитии обеих пар органов менструации и беременности могут наступать как в одной, так и в другой матке [12].

Зачастую пациентка даже не подозревает о том, что имеет такую особенность, как двойная матка. Женщина живет обычной жизнью, выходит замуж, беременеет, рождает ребенка. У некоторых пациенток имеют место обильные и болезненные месячные, и такое нарушение может послужить поводом для обращения к врачу, где и обнаруживается аномалия развития [26, 27]. Проблемы в интимной жизни могут возникнуть, если речь идет не только о двойной матке, но и о двойном влагалище.

По данным специалистов, при проведении динамического наблюдения за женщинами с аномалией во время беременности чаще отмечаются повышенное давление, отеки беременных, а развитие преэклампсии происходит в 2 раза чаще, чем у беременных с нормальной маткой. Неблагоприятные исходы – невынашивание беременности и преждевременные роды, неправильное положение плода, развитие плацентарной недостаточности и задержка внутриутробного развития плода или рождение ребенка с низкой массой тела – приводят к расширению показаний для оперативного родоразрешения [12, 28].

Учитывая редкую встречаемость рассматриваемой патологии, нами описано клиническое наблюдение женщины с удвоением матки и шейки матки.

Клинический случай

Пациентка А., 21 год, поступила в родильное отделение по направлению женской консультации с диагнозом: «Беременность III, 35 нед. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (2 выкидыша на сроке 5–6 нед). Артериальная гипертензия. Отеки беременных. Угроза преждевременных родов. Удвоение матки, шейки матки».

Из анамнеза известно, что пациентка родилась от 2-й беременности, у матери в возрасте 32 лет; 1-я беременность у матери закончилась родами в срок. Росла в неполной семье. В физическом развитии от сверстников не отставала. В детстве – частые обострения острых респираторных инфекций, хронический тонзиллит. Менархе с 15 лет, установились через 1 год с задержками до 2 нед и продолжительностью 7–10 дней, отмечала постоянную боль внизу живота, за медицинской помощью не обращалась. Половая жизнь с 17 лет, всегда присутствовал болевой синдром. В 2019 г. наступила 1-я беременность, которая прервалась на сроке 5–6 нед. В стационаре выполнено УЗИ органов малого таза и обнаружены удвоение матки, шейки матки и перегородка во влагалище. Произведено опорожнение полости матки и иссечение перегородки влагалища. В 2020 г. наступившая 2-я беременность так же прервалась на сроке 6–7 нед. Предыдущие 2 беременности были диагностированы в правой матке.

Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, проведено полное клинико-лабораторное обследование согласно стандартам оказания помощи. Все показатели соответствовали норме. Проведена прегравидарная подготовка, и в 2021 г. наступила 3-я беременность в левой матке. В I и II триместрах находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности.

С 34-й недели появились отеки на нижних конечностях и артериальная гипертензия, по поводу чего пациентка госпитализирована в отделение патологии беременности родильного дома. В 37–38 нед в связи с прогрессированием симптомов умеренной преэклампсии (нарастание протеинурии), наличием фетоплацентарного комплекса с патологическим маточно-плацентарным кровотоком решено завершить беременность путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Родился плод массой 2380 г, оценка по шкале Апгар – 7–8 баллов.

Во время операции при ревизии органов брюшной полости и малого таза визуализировались 2 матки, между ними расположен тяж до 2 см. Каждая матка имеет крестцово-маточную связку. Маточные трубы с обеих сторон и яичники визуально не изменены. Послеоперационный период протекал без особенностей, по данным УЗИ правая матка имеет размер 54×45×44 мм, полость не расширена; левая матка – 104×62×83 мм, полость – до 5 мм.

Пациентка выписана с ребенком домой на 5-е сутки после операции.

Заключение

Актуальность изучения особенностей репродуктивной функции и ее реализации у пациенток с пороками развития матки представляет интерес в плане усовершенствования диагностики этой патологии с целью снижения частоты неблагоприятных репродуктивных исходов путем их предупреждения и проведения своевременной коррекции.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка подписала форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

- Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Report Update*. 2008;14(5):415-29. DOI:10.1093/humupd/dmn018
- Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, et al. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations:

a systematic review. *Hum Report Update*. 2011;17(6):761-71. DOI:10.1093/humupd/dmr028

- Jaslow CR. Uterine factors. *Obstetric Gynecology Clint North Am*. 2014;41(1):57-86. DOI:10.1016/j.ogc.2013.10.002
- Murry JB, Santos XM, Wang X, et al. A genome-wide screen for copy number alterations in an adolescent pilot cohort with mullerian anomalies. *Fertil Steril*. 2015;103(2):487-93. DOI:10.1016/j.fertnstert.2014.10.044
- Бобкова М.В., Баранова Е.Е., Кузнецова М.В., и др. Семейный случай синдрома Мейера–Рокитанского–Кюстер–Хаузера и обзор литературы. *Проблемы репродукции*. 2015;21(4):17-22 [Bobkova MV, Baranova EE, Kuznetsova MV, et al. Family case of Mayer–Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome and literature review. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2015;21(4):17-22 (in Russian)]. DOI:10.17116/repro201521417-22
- Vera-Carbonell A, Lopez-Gonzalez V, Bafalliu JA, et al. Clinical comparison of 10q26 overlapping deletions: delineating the critical region for urogenital anomalies. *Am J Med Genet A*. 2015; 167A(4):786-90. DOI:10.1002/ajmg.a.36949
- Киселев С.И., Макиян З.Н., Осипонова А.А. Факторы нарушения фертильности и их коррекции у женщин с аномалиями матки. В кн.: Репродуктивные проблемы. Первый международный конгресс по репродуктивной медицине. М.: МедиаСфера, 2006 [Kiselev SI, Makiiian ZN, Osiponova AA. Faktory narusheniia fertilit'nosti i ikh korrektsii u zhenshchin s anomaliiami matki. V kn.: Reproductivnyye problemy. Pervyi mezhdunarodnyi kongress po reproduktivnoi meditsine. Moscow: MediaSfera, 2006 (in Russian)].
- Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 [Kulakov VI, Prilepskaia VN, Radzinskii VE. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoi pomoshchi v akusherstve i ginekologii. Moscow: GEOTAR-Media, 2007 (in Russian)].
- Репродуктивное здоровье, беременность и роды у подростков. Под ред. Т.С. Быстрицкой, О.Г. Путинцевой. Благовещенск, 2005 [Reproductivnoe zdorov'e, beremennost' i rody u podrostkov. Pod red. TS Bystritskoi, OG Putintsevoi. Blagoveshchensk, 2005 (in Russian)].
- Седельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Медицина, 2002 [Sedel'nikova VM. Privychnaia poteria beremennosti. Moscow: Meditsina, 2002 (in Russian)].
- Бобкова М.В., Пучко Т.К., Адамян Л.В. Репродуктивная функция у женщин с пороками развития матки и влагалища. *Проблемы репродукции*. 2018;24(2):42-53 [Bobkova MV, Puchko TK, Adamyan LV. Reproduction in women with congenital uterus and vagina anomalies. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2018;24(2):42-53 (in Russian)]. DOI:10.17116/repro201824242-53
- Григорьева Ю.В., Быстрицкая Т.С., Лысяк Д.С., Малкова О.В. Беременность у женщин с врожденными аномалиями развития матки и влагалища. *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2009;6:183-6 [Grigorieva YV, Bystritskaya TS, Lysyak DS, Malkova OV. Pregnancy in women with congenital developmental anomalies of the uterus and vagina. *RUDN Journal of Medicine*. 2009;6:183-6 (in Russian)].
- Tofoski G, Georgievska J. Reproductive outcome after hysteroscopy metroplasty in patients with infertility and recurrent pregnancy loss. *Maced J Med Sci*. 2014;2(1):103-8. DOI:10.3889/oamjms.2014.018
- Адамян Л.В., Гашенко В.О., Данилов А.Ю., Коган Е.А. Результаты восстановления репродуктивной функции у больных с внутриматочной перегородкой после хирургического лечения и новые пути решения проблемы (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2011;1:35-40 [Adamian LV, Gashenko VO, Danilov AYu, Kogan EA. Rezul'taty vosstanovleniia reproduktivnoi funktsii u bol'nykh s vnutrimatocnoi peregorodkoi posle khirurgicheskogo lecheniia i novye puti resheniia problemy (obzor literatury). *Russian Journal of Human Reproduction*. 2011;1:35-40 (in Russian)].
- Adamyan LV, Kulakov VI, Murvatov KD, Zurabiani Z. Application of Endoscopy in Surgery for Malformations of Genitalia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1994;1(4, Part 2):S1. DOI:10.1016/s1074-3804(05)80868-0

16. Hourvitz A, Ledee N, Gervaise A, et al. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in women with normal hysterosalpingography? *Report Biomed Online*. 2002;4(3):256-60. DOI:10.1016/s1472-6483(10)61815-9
17. Shokier TA, Shalan HM, El-Shafer MM. Combined diagnostic approach of laparoscopy and hysteroscopy in the evaluation of female infertility: results of 612 patients. *J Obstetric Gynaecol Res*. 2004;30(1):9-14. DOI:10.1111/j.1341-8076.2004.00147.x
18. Taylor E, Gomel V. The uterus and fertility. *Fertil Steril*. 2008;89(1):1-16. DOI:10.1016/j.fertnstert.2007.09.069
19. Gordts S. New developments in reproductive surgery. *Best Pract Res Clin Obstetric Gynaecol*. 2013;27(3):431-40. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2012.11.004
20. Адамян Л.В., Панов В.О., Макиян З.Н., и др. Магнитно-резонансная томография в дифференциальной диагностике аномалий развития матки и влагалища. *Проблемы репродукции*. 2009;5:14-27 [Adamian LV, Panov VO, Makiiian ZN, et al. Magnitno-rezonansnaia tomografiia v differentsial'noi diagnostike anomalii razvitiia matki i vlagalishcha. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2009;5:14-27 (in Russian)].
21. Ludwin A, Ludwin I. Comparison of the ESHRE-ESGE and ASRM classifications of Mullerian duct anomalies in everyday practice. *Hum Reprod*. 2015;30(3):569-80. DOI:10.1093/humrep/deu344
22. Grimbizis GF, Di Spiezio Sardo A, Saravelos SH, et al. The Thessaloniki ESHRE/ESGE consensus on diagnosis of female genital anomalies. *Gynecology Surg*. 2016;13:1-16. DOI:10.1007/s10397-015-0909-1
23. Heinonen PK. Distribution of female genital tract anomalies in two classifications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;206:141-6. DOI:10.1016/j.ejogrb.2016.09.009
24. Муслимова С.Ю., Сахаутдинова И.В., Зулкарнеева Э.М., Кулешова Т.П. Пороки развития женских половых органов: уч. пос. Уфа, 2015 [Muslimova SIu, Sakhautdinova IV, Zulkarneeva EM, Kuleshova TP. Poroki razvitiia zhenskikh polovykh organov: uch. pos. Ufa, 2015 (in Russian)].
25. Лысяк Д.С. Врожденные аномалии развития матки и влагалища: уч. пос. Благовещенск, 2017 [Lysiak DS. Vrozhdennye anomalii razvitiia matki i vlagalishcha: uch. pos. Blagoveshchensk, 2017 (in Russian)].
26. Доровских В.А., Быстрицкая Т.С., Коколина В.Ф., и др. Тазовые боли у девочек и девушек-подростков. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2006;5:34-5 [Dorovskikh VA, Bystritskaia TS, Kokolina VF, et al. Tazovye boli u devochek i devushek-podrostkov. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2006;5:34-5 (in Russian)].
27. Баран Н.М., Богданова Е.А. Трудности диагностики пороков развития внутренних половых органов у девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2010;1:35-42 [Baran NM, Bogdanova EA. Difficulties in diagnosing malformations of internal sexual organs development in girls. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2010;1:35-42 (in Russian)].
28. Быстрицкая Т.С., Луценко М.Т., Лысяк Д.С., Колосов В.П. Плацентарная недостаточность. Благовещенск, 2010 [Bystritskaia TS, Lutsenko MT, Lysiak DS, Kolosov VP. Platsentarnaia nedostatocnost'. Blagoveshchensk, 2010 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 31.03.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.09.2022

