

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ С ПОЛНЫМ УДВОЕНИЕМ МАТКИ И ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ III СТАДИИ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 35–36 НЕДЕЛЬ, НАСТУПИВШЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

© М.Н. Мочалова¹, Л.А. Кузьмина², А.Ю. Мироненко¹, В.А. Мудров¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита;

² Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Чита

Для цитирования: Мочалова М.Н., Кузьмина Л.А., Мироненко А.Ю., Мудров В.А. Клинический случай родоразрешения женщины с полным удвоением матки и пролапсом гениталий III стадии на сроке беременности 35–36 недель, наступившей на фоне применения внутриматочной контрацепции. – 2020. – Т. 69. – № 2. – С. 89–92. <https://doi.org/10.17816/JOWD69289-92>

Поступила: 11.02.2020

Одобрена: 20.03.2020

Принята: 13.04.2020

■ В статье представлен клинический случай оперативного родоразрешения женщины с пролапсом гениталий III стадии, который был диагностирован на сроке гестации 35–36 нед. Данная беременность наступила на фоне применения внутриматочного контрацептива. При проведении кесарева сечения было выявлено полное удвоение матки. В брюшной полости, между двумя матками, был обнаружен Т-образный внутриматочный контрацептив, при этом признаки перфорации маток отсутствовали.

■ **Ключевые слова:** пролапс гениталий; беременность; внутриматочная контрацепция; выпадение шейки матки; удвоение матки; пороки развития матки; осложнение внутриматочной контрацепции.

COMPLETE UTERUS DIDELPHIA AND STAGE 3 GENITAL PROLAPSE DURING THE LABOR OF A WOMAN AT 35–36 WEEKS OF PREGNANCY WHILE USING INTRAUTERINE DEVICE

© M.N. Mochalova¹, L.A. Kuzmina², A.Yu. Mironenko¹, V.A. Mudrov¹

¹ Chita State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russia;

² Regional Clinical Hospital, Chita, Russia

For citation: Mochalova MN, Kuzmina LA, Mironenko AY, Mudrov VA. Complete uterus didelphia and stage 3 genital prolapse during the labor of a woman at 35–36 weeks of pregnancy while using intrauterine device. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2020;69(2):89-92. <https://doi.org/10.17816/JOWD69289-92>

Received: February 11, 2020

Revised: March 20, 2020

Accepted: April 13, 2020

■ A clinical case of operative delivery of a woman with stage 3 genital prolapse, which was diagnosed at 35–36 weeks of gestation, is addressed in this article. The woman became pregnant while using intrauterine device. During cesarean section, the patient was diagnosed with complete uterus didelphia. In the abdominal cavity, between the two uteruses, a T-shaped intrauterine device was detected, with no signs of uterus perforation revealed.

■ **Keywords:** genital prolapse; gestation; intrauterine device; cervical prolapse; uterus didelphia; uterine malformation; intrauterine device complications.

Введение

Частота применения внутриматочной контрацепции (ВМК) значительно отличается в различных странах мира. Так, в США данный метод выбирают лишь 2 % женщин, в Российской Федерации — 33–36 %, в Восточной Азии практически половина женщин — 49 % [1]. В основном это женщины старше 35 лет, реализовавшие свою репродуктивную функцию и заинтере-

сованные в долгосрочной контрацепции [2]. Среди достоинств ВМК выделяют отсутствие необходимости в регулярном приеме препаратов, системного метаболического действия на организм женщины, надежность (индекс Перля варьирует от 2,3 до 0,3 для различных видов ВМК) и низкую себестоимость [3].

Несмотря на все достоинства данного метода контрацепции, его применение связано

с риском возникновения ряда осложнений, таких как тазовая боль, дисменорея, воспалительные заболевания органов малого таза. Однако самым грозным из них является перфорация матки [3]. По данным зарубежной литературы, при использовании ВМК перфорация матки встречается с частотой 1 : 350 – 1 : 2500. Отечественные ученые регистрируют его реже — 1 : 5000. Перфорация матки, произошедшая при постановке ВМК, чаще всего локализуется в дне и углу между телом и шейкой матки [4]. Этим объясняется то, что относительным противопоказанием для постановки ВМК считают состояния, при которых возникает деформация полости матки, в том числе врожденные пороки развития матки [3].

Удельный вес врожденных аномалий органов репродуктивной системы среди всех пороков развития составляет 14 %. Наиболее часто наблюдаются пороки развития матки [5]. Пороки, возникшие вследствие нарушения слияния параметезонефральных протоков (удвоение матки, двурогая матка, седловидная матка, однорогая матка), могут протекать бессимптомно, с чем связана их поздняя диагностика [6].

Применение ВМК у пациенток с недиагностированным пороком развития матки может привести к техническим трудностям при постановке ВМК, а также связано с высоким риском перфорации матки во время проведения манипуляции [3]. Часто данное осложнение протекает бессимптомно и может не диагностироваться в течение длительного времени [4, 7].

Пролапс гениталий — это синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании [8]. По данным мировой литературы, число пациенток с подобной патологией варьирует от 5 до 48 %. Чаще всего пролапс гениталий встречается у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального периодов, в 26 % случае он развивается у женщин моложе 40 лет [9]. К факторам риска развития данной патологии относят тяжелый физический труд; заболевания кишечника, сопровождающиеся частыми запорами; заболевания легких, приводящие к упорному кашлю; синдром дисплазии соединительной ткани; влагалищные роды в анамнезе; осложненное течение родов: разрыв промежности, применение в родах хирургической защиты промежности. Степень пролапса гениталий напрямую связана с количеством самостоятельных родов [8, 10]. Существует несколько классификаций данного заболевания, наиболее распространенной

является классификация POP-Q (от англ. Pelvic Organ Prolapse Quantifications System — система количественного определения пролапса органов малого таза), согласно которой выделяют четыре стадии пролапса гениталий: I стадия — опущение дистального компонента более чем на 1 см выше уровня гименального кольца; II стадия — опущение на расстояние менее 1 см выше и не более 1 см ниже уровня гименального кольца; III стадия — опущение на расстояние ниже 1 см от уровня гименального кольца, но менее 2 см общей длины влагалища; IV стадия — полная эверсия влагалища [8]. Часто пролапс гениталий III и IV стадий сопровождается выраженной сексуальной дисфункцией. Этим объясняется крайне редкие случаи развития беременности на фоне пролапса гениталий более II стадии.

Описание клинического случая

Пациентка А., 25 лет, по беременности наблюдалась в женской консультации г. Могоча (Забайкальский край). В детстве развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Из хронических заболеваний отмечена хроническая железодефицитная анемия. Гинекологические заболевания пациентка отрицала. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнезы не отягощены. Первая беременность — в 2013 г., закончилась самостоятельными родами в срок, родился доношенный мальчик весом 2000 г. Со слов женщины, беременность, роды и послеродовой период протекали без осложнений. В 2014 г. пациентке был проведен медицинский инструментальный аборт на малом сроке гестации — без осложнений. В 2016 г. — повторные самостоятельные роды в срок, родилась доношенная девочка весом 2600 г, беременность, роды и послеродовой период протекали без осложнений. С целью контрацепции в 2016 г. был установлен внутриматочный контрацептив, на фоне которого в 2018 г. наступила данная беременность. На учет по беременности в женскую консультацию пациентка встала на сроке гестации 20 нед., общее количество явок — 4. При постановке на учет выявлено обострение хронической железодефицитной анемии средней степени тяжести с максимальным снижением уровня гемоглобина до 76 г/л. Получала антианемическую терапию таблетированными препаратами трехвалентного железа.

На сроке 35–36 нед. беременности пациентка поступила в родовое отделение ГУЗ «Краевая

клиническая больница» г. Читы с жалобами на жидкие выделения из половых путей в течение 2 ч. При объективном обследовании выявлено: матка в нормотонусе. Влагалищный осмотр: шейка матки выходит за пределы геминального кольца на 5 см, плотная, длиной до 5,0 см, наружный зев цервикального канала проходим для 3,0 см, в области внутреннего зева до 1 см (рис. 1). Плодный пузырь отсутствует, головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения: светлые околоплодные воды. По данным лабораторного обследования на момент поступления в общем и биохимическом анализе крови, коагулограмме — показатели в пределах нормы. Ультразвуковое исследование плода: размеры плода соответствуют 35 нед. гестации, маловодие, индекс амниотической жидкости — 50 мм; предполагаемая масса плода — 2550 г. Установлен диагноз: «Дородовое излитие околоплодных вод на сроке гестации 35–36 нед. Пропалс гениталий III стадии». С учетом родового излития околоплодных вод у пациентки с пролапсом гениталий III стадии решено родоразрешение проводить путем операции кесарева сечения. После получения согласия пациентки проведена антибиотико-профилактика цефазолином внутривенно за 30 мин до операции. Выполнены нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, дренирование брюшной полости. Извлечен живой недоношенный мальчик массой 2710 г с оценкой по шкале Апгар 9 и 9 баллов. Плацента располагалась по задней стенке матки, на 7 см выше внутреннего зева, отделена умеренными тяжениями за пуповину, размер последа — 20 × 20 × 2 см. При выполнении экстериоризации выявлено полное удвоение матки (рис. 2). Плодовместилище располагалось в правой матке. При санации брюшной полости между двумя матками обнаружен внутриматочный контрацептив Т-образной формы (удален). В области дна и стенок двух маток перфоративного отверстия и рубцовых изменений не обнаружено. Брюшная полость дренирована активным дренажем в левой подвздошной области. Лапаротомный разрез полойно восстановлен. Кровопотеря во время операции составила 600 мл. Диагноз после операции: «Оперативные преждевременные роды на сроке 35–36 нед. Врожденная аномалия развития половых органов: полное удвоение матки. Пропалс гениталий III стадии. Хроническая железодефицитная анемия, ремиссия. Нижнесрединная лапаротомия. Кеса-



Рис. 1. Пропалс гениталий III стадии

Fig. 1. Stage 3 genital prolapse



Рис. 2. Интраоперационная картина полного удвоения матки

Fig. 2. Intraoperative image of the complete uterus didelphia

рево сечение в нижнем маточном сегменте. Дренирование брюшной полости».

Послеоперационный период протекал без особенностей. Роженица выписана с ребенком на 5-е сутки послеродового периода. Рекомендовано оперативное лечение пролапса гениталий в плановом порядке.

Обсуждение

Поскольку врожденный порок развития полового аппарата не был диагностирован, отсутствовали противопоказания к применению ВМК. Вероятнее всего, при введении внутриматочного средства произошла полная перфорация матки и контрацептив изначально был установлен в брюшную полость, либо перфорация матки была неполной и миграция ВМК произошла позднее. Отсутствие выражен-

ной клинической картины не позволило провести своевременную диагностику данного состояния, что привело к развитию беременности.

Полное удвоение матки послужило триггером для преждевременных родов, пролапс половых органов III стадии стал показанием к оперативному родоразрешению.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Радзинский В.Е. Регулирование рождаемости в современном мире // *Status Praesens*. – 2013. – № 5. – С. 5–9. [Radzinskiy VE. Regulirovaniye rozhdayemosti v sovremenom mire. *Status Praesens*. 2013;(5):5-9. (In Russ.)]
2. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В. Особенности контрацепции у женщин пременопаузального возраста // *Медицинский совет*. – 2015. – № 9. – С. 39–41. [Dobrokhotova YE, Saprykina LV. Contraception in premenopausal women. *Medical Council*. 2015;(9):39-41. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-9-39-41>.
3. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 464 с. [Rukovodstvo po kontratsepsii. 4th updated. Ed. by V.N. Prilep'skaya. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 464 p. (In Russ.)]
4. Петров А.Ю. Перфорация матки при использовании внутриматочных противозачаточных средств // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2017. – № 3-1. – С. 69–71. [Petrov YA. Perforation of the uterus during the use of intrauterine devices. *International journal of applied and fundamental research*. 2017;(3-1):69-71. (In Russ.)]
5. Аминова Ф.Б., Ходжамуродова Д.А., Косимова Ф.О., Ибрагимова Ф.И. Структура врожденных пороков развития женской репродуктивной системы (по данным Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии) // *Вестник Авиценны*. – 2019. – Т. 21. – № 1. – С. 21–25. [Aminova FB, Khodzhamurodova DA, Kosimova FO, Ibragimova FI. The structure of congenital malformations of the female reproductive system (according to the Tajik SRI of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology). *Avicenna Bulletin*. 2019;21(1):21-25. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-21-25>.
6. Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. [Akusherstvo: uchebnik. Ed. by V.E. Radzinskiy, A.M. Fuks. Moscow: GEOTAR-Media; 2016.1040 p. (In Russ.)]
7. Ньематзода О., Маризоева М.М., Рахмонов Д.А., и др. Случай успешного хирургического лечения мигрировавшей в полость малого таза внутриматочной спирали // *Вестник Авиценны*. – 2017. – Т. 19. – № 1. – С. 129–133. [Nematzoda O, Marizoeva MM, Rahmonov DA, et al. The case of successful surgical treatment of intrauterine device migrated into the pelvic cavity. *Avicenna Bulletin*. 2017;19(1):129-133. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-1-129-133>.
8. Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога. Методические рекомендации № 3. – М.: АБВ-пресс, 2016. – 58 с. [Gvozdev MY, Tupikina NV, Kasyan GR, Pushkar DY. Prolaps tazovykh organov v klinicheskoy praktike vracha-urologa. Metodicheskiye rekomendatsii No. 3. Moscow: ABV-press; 2016. 58 p. (In Russ.)]
9. Гайворонский И.В., Ниаури Д.А., Бессонов Н.Ю., и др. Морфологические особенности строения малого таза как предпосылки к развитию пролапса гениталий // *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. – 2018. – № 2. – С. 86–93. [Gaivoronsky IV, Niauri DA, Bessonov NYu, et al. Morphological features of the small pelvis structure, as prerequisites for developing genital prolapse. *Kursk Scientific and Practical Bulletin "Man and His Health"*. 2018;(2):86-93. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-2/14>.
10. Малхасян В.А., Абрамян К.Н. Эпидемиология, патогенез и факторы риска пролапса гениталий у женщин: обзор зарубежной литературы // *Тихоокеанский медицинский журнал*. – 2011. – № 1. – С. 9–13. [Malkhasyan VA, Abramyan KN. Epidemiology, pathophysiological mechanisms and risk factors for female genital prolapse: foreign literature review. *Pacific medical journal*. 2011;(1):9-13. (In Russ.)]

■ Информация об авторах (Information about the authors)

Марина Николаевна Мочалова — канд. мед наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0002-5941-0181>. E-mail: marina.mochalova@gmail.com.

Любовь Анатольевна Кузьмина — врач — акушер-гинеколог, заведующая отделением патологии беременности перинатального центра. ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита. <https://orcid.org/0000-0003-2035-7966>. E-mail: prostopochta1804@mail.ru.

Анастасия Юрьевна Мироненко — ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0001-5061-8026>. E-mail: mironenkoanastasia4@gmail.ru.

Виктор Андреевич Мудров — канд. мед наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. E-mail: mudrov_viktor@mail.ru.

Marina N. Mochalova — MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology. The Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5941-0181>. E-mail: marina.mochalova@gmail.com.

Lyubov A. Kuzmina — MD, Head of the Department of Pregnancy Pathology. Perinatal Center, Regional Clinical Hospital, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-2035-7966>. E-mail: prostopochta1804@mail.ru.

Anastasia Yu. Mironenko — Assistant. The Department of Obstetrics and Gynecology, the Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-5061-8026>. E-mail: mironenkoanastasia4@gmail.ru.

Viktor A. Mudrov — MD, PhD, Associate Professor. The Department of Obstetrics and Gynecology, the Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. E-mail: mudrov_viktor@mail.ru.