

**Рудиментарный замкнутый функционирующий рог матки:  
диагностика и хирургическая коррекция. Клинический случай****М.С. Селихова** ✉, **Н.И. Свиридова**, **М.А. Яхонтова**, **А.Ф. Сметанникова***Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай диагностики и хирургической коррекции врожденной аномалии внутренних половых органов – рудиментарного замкнутого функционирующего рога матки у пациентки подросткового возраста; ретроспективный анализ анамнестических данных, диагностика и результат хирургического лечения.

**Ключевые слова:** врожденная аномалия, внутренние половые органы, функционирующий замкнутый рудиментарный рог матки, подростки

GUIDE FOR GENERAL PRACTITIONERS

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/1994-9480-2025-22-1-167-171>**Rudimentary closed functioning uterine horn: diagnosis and surgical correction.  
A clinical case****M.S. Selikhova** ✉, **N.I. Sviridova**, **M.A. Yakhontova**, **A.F. Smetannikova***Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

**Abstract.** The article presents a clinical case of diagnosis and surgical correction of a congenital anomaly of the internal genital organs – a rudimentary closed functioning uterine horn in a teenage patient; a retrospective analysis of anamnestic data, diagnosis and the result of surgical treatment.

**Keywords:** congenital anomaly, internal genital organs, functioning closed rudimentary horn of the uterus, teenagers

**Врожденные пороки развития (ВПР)** – стойкие внутриутробные отклонения от вариаций нормы величины, формы, пропорций, симметрии, топографии и органогенеза, повлекшие нарушение функции органа [1].

За последние годы предложено множество классификаций аномалий развития половых органов женщины, но в настоящее время единой общепринятой классификации врожденных аномалий развития женских половых органов не существует. Наиболее современными считаются классификация CONUTA (Congenital Uterine Anomalies) Европейской ассоциации репродуктологов и эмбриологов (The European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) и Европейской ассоциации гинекологов-эндоскопистов 2013 г. (the European Society for Gynaecological Endoscopy, ESGE) и классификация ASRM 2021 г. (MAC2021). По данным классификации ESHRE 2013 г. аномалии развития разделены на 2 группы: 1-я группа – аномалии матки, 2-я группа – аномалии шейки матки и влагалища. Каждая группа разделяется на классы и подклассы. По данным классификации ASRM 2021 г. выделяют 5 больших групп аномалий женских половых органов,

к которым относятся: 1) аномалии матки; 2) аномалии влагалища; 3) комплексные аномалии; 4) агенезия Мюллеровых протоков; 5) агенезия шейки матки [2, 3].

Этиология некоторых из врожденных аномалий половых органов до сих пор не выяснена. Пороки развития женских половых органов относят к спорадическим болезням, которые возникают по причине сбоя на каком-либо этапе эмбриогенеза. В генезе пороков развития имеют значение молекулярно-генетические, наследственные и тератогенные факторы. В зависимости от сроков воздействия на этапах эмбриогенеза и внутриутробного развития плода считается, что аплазию матки и влагалища вызывают факторы, действующие до 6-й недели, удвоенные матки и влагалища – на 7–9-й неделях, седловидную матку – на 16–18-й неделях внутриутробного развития плода генетически женского пола [4].

В структуре всех врожденных аномалий развития пороки развития женских половых органов составляют 14 % [5]. Частота аномалий развития влагалища и матки составляет 1 случай на 300 новорожденных девочек [6].

В процессе онтогенеза матка и влагалище развиваются в результате слияния двух Мюллеровых протоков. В случае задержки развития одного из них

происходит формирование однорогой матки с недоразвитым (рудиментарным) рогом. Зачаточный рог обычно не имеет полостного анатомического сообщения с основной маткой и соединяется с ней при помощи сплошной мышечной ножки, отходящей от матки на уровне дна или внутреннего зева [7].

Диагностика пороков развития матки и влагалища представляет значительные трудности, что приводит к необоснованной неверной тактике лечения, несвоевременному выполнению хирургической коррекции порока, развитию осложнений. Аномалии, связанные с нарушением оттока менструальной крови, а именно варианты удвоения внутренних половых органов с частичной или полной аплазией одного из влагалищ при функционирующей матке, когда менструальные выделения имеют место, но сопровождаются циклическими болями в дни менструаций, иногда вплоть до клиники «острого живота», часто не диагностируются своевременно. Таким девочкам, к сожалению, в ряде случаев выставляют диагноз «Первичная дисменорея». Своевременная диагностика и коррекция аномалий развития внутренних половых органов является актуальной проблемой не только гинекологии детского и подросткового возраста, но и современного акушерства – ввиду поздней диагностики патологии у данной когорты возможны осложнения беременности и родов. Истинную распространенность пороков развития матки оценить сложно, так как у многих пациенток эти аномалии не проявляются клинически и не учитываются в статистические данные.

### Клинический случай

Пациентка А., 13 лет, поступила в гинекологическое отделение ГУЗ «КБ СМП № 7» г. Волгограда в 2024 году с диагнозом: Образование левого яичника, болевой синдром.

Пациентка обратилась с жалобами на непостоянные боли внизу живота, которые усилились после очередной менструации. Из анамнеза известно, что пациентка родилась в городе Волгограде. Является первым ребенком в семье от второй беременности матери. Первая беременность закончилась прерыванием на сроке 6–7 недель (неразвивающаяся беременность). Беременность в 1-м триместре осложнилась угрожающим выкидышем, 2-й и 3-й триместры протекали без особенностей. Родена в сроке 37–38 недель гестации через естественные родовые пути без осложнений, 9 баллов по шкале Апгар. Возраст матери на момент рождения ребенка 23 года. Вредные привычки, работу на вредных производствах родители отрицают. У родственников по материнской или отцовской линиям аномалий развития не было. Репродуктивное здоровье семей без

особенностей. Пациентка росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами.

Менархе в 11,5 лет, менструальный цикл регулярный, установился в течение 3–4 месяцев. Менструации по 5–6 дней, каждые 30–32 дня, болезненные, умеренные. На протяжении предшествующих госпитализации 6–8 месяцев отмечала более интенсивные боли в нижних отделах живота, периодическую тошноту и рвоту во время менструаций. Пациентка к врачу не обращалась, принимала самостоятельно нестероидные противовоспалительные препараты, с незначительным положительным эффектом. Боли самостоятельно купировались по окончании каждой менструации.

Накануне госпитализации, после очередной менструации пациентка отметила продолжающиеся боли в нижних отделах живота, больше в левой подвздошной области, в связи с чем обратилась вместе с мамой в клинику, где было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и обнаружено образование в структуре левого яичника 42 мм в диаметре, с чем была и направлена в гинекологическое отделение.

При госпитализации пациентке выполнено УЗИ органов малого таза, выявлено: тело матки смещено вправо, размеры  $37 \times 26 \times 28$  мм, миометрий однородной структуры. Толщина эндометрия 3–4 мм, соответствует фазе пролиферации. Правый и левый яичники визуализируются, нормальных размеров без структурных изменений. Слева от матки образование  $45 \times 42 \times 47$  мм, средней эхогенности с ровными контурами, соответствует структуре миометрия, толщиной 15–17 мм. В центре образования жидкостной однородный участок, размерами  $29 \times 30$  мм (гематометра?). Выше и каудальнее левого яичника лоцируется тубулярное анэхогенное образование толщиной 4–6 мм протяженностью 30 мм (маточная труба?). Заключение: аномалия развития матки (матка с рудиментарным рогом слева). Гидросальпинкс слева. Гематометра слева (рис. 1, 2).



Рис. 1. Ультразвуковое исследование органов малого таза. Аномалия развития матки



Рис. 2. Ультразвуковое исследование органов малого таза.  
Рудиментарный замкнутый рог матки

Учитывая сохраняющиеся боли внизу живота, кратковременный эффект от проводимой спазмолитической терапии, на основании полученных данных дополнительных методов обследования, для верификации диагноза решено выполнить диагностическую лапароскопию.

24.09.2024 г. выполнена диагностическая лапароскопия, интраоперационно обнаружено: тело матки представлено состоятельным правым маточным рогом размерами около 5 × 4,5 см, имеющим шейку матки, к которой на уровне внутреннего зева подходят крестцово-маточные связки, и интимно прилегающим к нему замкнутым левым маточным рогом округлой формы около 4 см в диаметре, слепо заканчивающимся на уровне внутреннего зева. От левого рога матки отходит отечная маточная труба, расширенная в истмическом отделе до 3 см и в ампулярном отделе до 6 см, слепо заканчивающаяся – напряженный гематосальпинкс. К левому яичнику прилежит рудиментарный фимбриальный отдел левой маточной трубы, связанный с гематосальпинксом соединительнотканым «тяжем» (рис. 3, 4).

Левый яичник нормальных размеров обычного строения. Правые придатки матки не изменены: правая маточная труба физиологической окраски, не расширена, фимбриальный отдел свободен, фимбрии визуализируются. Правый яичник нормальных размеров, с выраженным мозговидным рисунком.

В связи с обнаруженным решено выполнить сальпингэктомию слева, удаление рудиментарного левого рога матки. Сальпингэктомия выполнена типично. Выполнено удаление левого рудиментарного рога матки (извлечен методом морцелляции в стерильном контейнере). Ложе маточного рога ушито непрерывным швом (рассасывающаяся нить V-lock) (рис. 5).

На 6-е сутки послеоперационного периода выполнено УЗИ органов малого таза: тело матки 39 × 23 × 34 мм, незначительно смещено вправо, миометрий однородной

структуры. Толщина эндометрия 4 мм, соответствует фазе пролиферации. Яичники нормальных размеров, структура с фолликулярным аппаратом, соответствующим возрастной норме. Заключение: структурные изменения не выявлены (рис. 6).



Рис. 3. Диагностическая лапароскопия.  
Аномалия развития матки

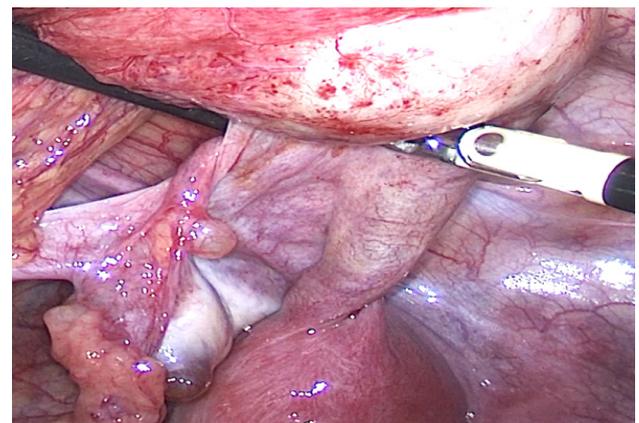


Рис. 4. Диагностическая лапароскопия. Рудиментарный фимбриальный отдел левой маточной трубы, соединенный с гематосальпинксом

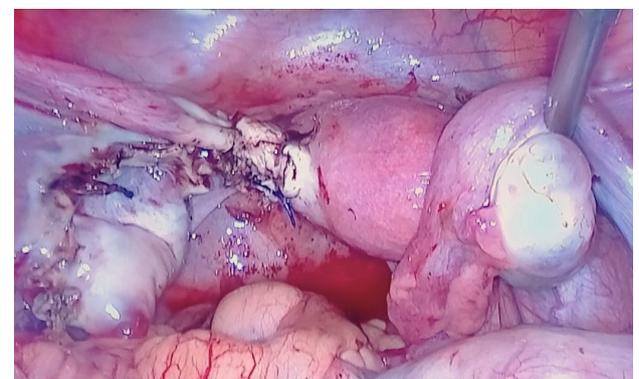


Рис. 5. Диагностическая лапароскопия. Результат хирургической коррекции аномалии развития матки



Рис. 6. Ультразвуковое исследование.  
6-е сутки послеоперационного периода

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача амбулаторного звена на седьмые сутки послеоперационного периода.

Гистологическое исследование: гематосальпинкс, хронический сальпингит. Гидатида (паратубарная киста). Ткань миометрия обычного гистологического строения, на серозной оболочке макрофаги, наполненные бурым пигментом (гемосидерофаги), эндометрий тонкий, поверхностный эпителий отсутствует, железы трубчатого вида, ядра эпителиоцитов расположены на различных уровнях с митотической активностью, что соответствует стадии пролиферации.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует врожденную аномалию развития женских половых органов, впервые выявленную в подростковом возрасте через 2,5 года после наступления менархе, что может говорить о необходимости более тщательного обследования девочек-подростков в период становления менструальной функции и/или в период предполагаемого срока наступления менархе (а именно возраста 11–13 лет). Первичная дисменорея – первый и самый ранний симптом пороков развития гениталий при неполном слиянии Мюллеровых протоков и аплазии участка одного из них с нарушением оттока менструальной крови. Необходимо помнить, что болезненность менструаций с менархе требует обязательного исключения пороков развития внутренних половых органов. Ранняя диагностика врожденных аномалий развития гениталий, уточнение типа и уровня патологии, регулярный профилактический осмотр девочек-подростков, ультразвуковое исследование органов малого таза в рамках планового посещения врача акушера-гинеколога и педиатра позволят выявить патологию до манифестации клинических проявлений и развития осложнений, обеспечить своевременную адекватную хирургическую коррекцию порока, тем самым сохранив репродуктивное здоровье молодежи.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации (проект). Врожденные пороки развития влагалища и/или матки у детей и подростков. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2021;17(3):31–56. doi: 10.33029/1816-2134-2021-17-3-31-56.
2. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Human Reproduction*. 2013;28(8):2032–2044.
3. Pfeifer S.M., Attaran M., Goldstein J. et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertility and sterility*. 2021;116(5):1238–1252. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.09.025.
4. Адамян Л.В., Фархат К.Н., Макиян З.Н. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом. *Проблемы репродукции*. 2016;22(3):84–90. doi: 10.17116/repro201622384-90.
5. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Арслanian К.Н. и др. Патология развития матки и влагалища у девочек и девушек с нарушением оттока менструальной крови. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2015;4:37.
6. Achermann J.C., Jameson J.L. Disorders of sex development. *Harrison's Endocrinology*. N.Y.: McGraw-Hill, 2010. P. 144–155.
7. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1000 с.

### REFERENCES

1. Clinical recommendations (project). Congenital malformations of the vagina and/or uterus in children and adolescents. *Reproductive health of children and adolescents = Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2021;17(3):31–56. (In Russ.) doi: 10.33029/1816-2134-2021-17-3-31-56.
2. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Human Reproduction*. 2013;28(8):2032–2044.
3. Pfeifer S.M., Attaran M., Goldstein J. et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertility and sterility*. 2021;116(5):1238–1252. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.09.025.
4. Adamyan L.V., Farkhat K.N., Makiian Z.N. Comprehensive approach to the diagnosis, surgical correction and rehabilitation of patients with uterovaginal anomalies in combination with endometriosis. *Problemy Reproduktsii = Russian Journal of Human Reproduction*. 2016;22(3):84–90. (In Russ.) doi: 10.17116/repro201622384-90.
5. Adamyan L.V., Sibirskaia E.V., Arslanian K.N. et al. Pathology of the uterus and vagina in girls and young women in violation of the outflow of menstrual blood. *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya = Obstetrics and gynecology. News, Opinions, Trainin*. 2015;4:37. (In Russ.).
6. Achermann J.C., Jameson J.L. Disorders of sex development. *Harrison's Endocrinology*. N.Y.: McGraw-Hill, 2010:144–155.
7. Radzinsky V.E., Fuchs A. M. Gynecology. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 1000 p. (In Russ.).

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

**Информация об авторах**

Марина Сергеевна Селихова – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; ✉ selichovamarina@yandex, <https://orcid.org/0000-0002-4393-6111>

Наталья Ивановна Свиридова – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; [n.i.sviridova@yandex.ru](mailto:n.i.sviridova@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-3175-4847>

Мария Александровна Яхонтова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет; заведующая гинекологическим отделением, Клиническая больница скорой медицинской помощи СМП № 7, Волгоград, Россия; [m.yahontova@kbsmp7.ru](mailto:m.yahontova@kbsmp7.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9422-0623>

Анастасия Федоровна Сметанникова – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; врач акушер-гинеколог гинекологического отделения, Клиническая больница скорой медицинской помощи СМП № 7, Волгоград, Россия; [anastasiyavlas26@yandex.ru](mailto:anastasiyavlas26@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0007-3745-710X>

Статья поступила в редакцию 27.08.2024; одобрена после рецензирования 10.12.2024; принята к публикации 21.02.2025.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Information about the authors**

Marina S. Selikhova – MD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; ✉ selichovamarina@yandex, <https://orcid.org/0000-0002-4393-6111>

Natalia I. Sviridova – MD, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; [n.i.sviridova@yandex.ru](mailto:n.i.sviridova@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-3175-4847>

Maria A. Yakhontova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University; Head of the Gynecological Department, NSR No. 7 Clinical Emergency Hospital, Volgograd, Russia; [m.yahontova@kbsmp7.ru](mailto:m.yahontova@kbsmp7.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9422-0623>

Anastasia F. Smetannikova – Correspondence postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia; obstetrician-gynecologist of the Gynecological Department, Clinical Emergency Hospital NSR No. 7, Volgograd, Russia; [anastasiyavlas26@yandex.ru](mailto:anastasiyavlas26@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0007-3745-710X>

The article was submitted 27.08.2024; approved after reviewing 10.12.2024; accepted for publication 21.02.2025.