

- <https://www.msmanuals.com/ru/professional/гематология-и-онкология/анемии-обусловленные-нарушением-эритропоэза/железодефицитная-анемия> (дата обращения: 11.03.2025).
7. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия беременных: профилактика и лечение // РМЖ. 2018. №2(1). С. 59-64. URL: <https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/804/59-64.pdf> (дата обращения: 11.03.2025).
8. Дикке Г.Б., Стуков Н.И. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у беременных. Алгоритмы диагностики и лечения // Фарматека. 2021. Т. 28. №6. С. 19-24. URL: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/40383> (дата обращения: 11.03.2025).
9. Елисеева Л.Н. Рецензия на учебное пособие «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики железодефицитной анемии». URL: <https://bagkmed.ru/personal/pdf/Posobiya/Aktualnye%20voprosy%20ЖДА.pdf> (дата обращения: 11.03.2025).
10. Метаболизм железа и лабораторная диагностика его нарушений // Лаборатория ДиаКОН. URL: https://www.diakonlab.ru/files/Метаболизм_железа_и_лабораторная_диагностика_его_нарушений.pdf (дата обращения: 11.03.2025).

УДК: 618.1-007

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧКИ: ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА С ЧАСТИЧНОЙ АПЛАЗИЕЙ ОДНОГО ВЛАГАЛИЩА

Ивановская Т.Н., Сибирская Е.В., Дядик Т.Г., Титова А.П.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
(Пироговский Университет), Москва, Россия

XULOSA

Maqolada diagnostika algoritmi va qindan qisman aplaziya bo'lgan bachadon va qinni-to'liq ikki baravar ko'paygan bemorni davolash taktikasi ko'rsatilgan klinik holat keltirilgan. Bachadon nuqsoni va siydik tizimining anormalliklari o'rtasidagi bog'liqlik ta'kidlangan. 14 yoshlik qiz genital traktidan intermenstrual qon ketishiga, og'riqli erkaklar oqimiga tushdi. Maqolada diagnostika algoritmi va qindan qisman aplaziya bo'lgan bachadon va qinni to'liq ikki baravar ko'paytirgan bemorni davolash taktikasi ko'rsatilgan klinik holat keltirilgan. Bachadon nuqsoni va siydik tizimining anormalliklari o'rtasidagi bog'liqlik ta'kidlangan. 14 yoshli qiz genital traktidan intermenstrual qon ketishiga, og'riqli erkaklar oqimiga tushdi. Instrumental tekshiruv paytida ikkita bachadon, qinnning proektsiyasida o'ng tomonda qalin mushak devor va suyuq tarkibli oval shaklda o'sma tasvirlangan. Shuningdek, buyrakning o'ng tomonlama bolaligida aniqlangan ageneziasini aniqlandi. Rejalashtirilgan tartibda normal va aplaziya bo'lgan qinlar ortasida soustye hosil qilindi, o'rtadagi devor olib tashlandi. Klinik holat ko'ptarmoqli yondashuvning ahamiyatiga misoldir, chunki o'z vaqtida tashhis qo'yish asossiz jarrohlik aralashuvlar va uroginekologik asoratlarning rivojlanishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

Kalit so'zlar: klinik holat, jinsiy a'zolar nuqsonlari, buyrak ageneziasini, Herlyn-Werner-Vunderlich sindromi, gematokolpos, multidistsiplinar yondashuv.

SUMMARY

The article presents a clinical case demonstrating the diagnostic algorithm and treatment tactics for a patient with complete duplication of the uterus and vagina with partial aplasia of one of the vaginas. The article emphasizes the relationship between uterine malformations and abnormalities of the urinary system. A 14-year-old girl was admitted with complaints of intermenstrual spotting from the genital tract, painful menstruation. Instrumental examination revealed two uteri and, in the projection of the vagina on the right side, an ovoid formation with a thick muscular wall and fluid content. Right-sided renal agenesis, previously diagnosed during infancy, was also confirmed. As planned, a junction was created between the right partially aplastic and normal left vagina by removing the intervaginal septum. This clinical case illustrates the importance of a multidisciplinary approach, as timely diagnosis can prevent unnecessary surgical interventions and the development of urogynecological complications.

Keywords: clinical case, congenital anomaly of the reproductive organs, renal agenesis, Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome, hematocolpos, multidisciplinary approach.

Врожденные дефекты репродуктивной системы представляют собой изменения в форме и структуре органов, которые могут быть вызваны множеством причин, включая генетические и хромосомные аномалии, воздействие тератогенных факторов на эмбрион в различные периоды его развития, а также гормональные нарушения в критический период формирования органов [1].

Пороки развития женских половых органов считаются редкими заболеваниями, причины которых неизвестны до настоящего времени. Врожденные аномалии развития женских половых органов составляют 3–7% всех гинекологических заболеваний у детей и подростков, а также 14% от общего числа врожденных пороков [2, 3]. Предполагается, что на развитие пороков оказывают влияние молекулярно-генетические, тератогенные и наследственные факторы, а также время их воздействия. Удвоение матки и влагалища при воздействии различных факторов возникает на 7–9 неделях внутриутробного развития женского плода. Представленность удвоенной матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища достигает 11,5% общего числа больных с пороками развития матки и влагалища [2].

Такой порок характеризуется высоким процентом диагностических ошибок, поскольку врачей настораживает наличие менструаций при присутствии явных клинических симптомов: боль при менструации, возникающая через несколько месяцев после менархе из-за задержки крови в аплазированном влагалище, что может быть ошибочно расценено как дисменорея; боли внизу живота; при образовании свищевого хода между влагалищами и вторичной инфекции-гноевидные выделения из влагалища. Выраженный болевой синдром является причиной неоправданных и неэффективных хирургических вмешательств [4].

Важно помнить, что развитие мюллеровых протоков происходит параллельно с развитием мочевыделительной системы, что может привести к одновременному возникновению аномалий мочеполовой и репродуктивной систем до 55–70% [5].

Сочетанные аномалии почек наблюдаются у каждой восьмой пациентки, причем при симметричных пороках диагностируются аномалии положения, удвоение почек и мочеточников, при асимметричных пороках – аплазия почки со стороны замкнутого гемивлагалища [6, 7].

Клинический случай.

Пациентка А., 14 лет, была экстренно направлена в гинекологическое отделение ОСП «Российская детская клиническая больница» (РДКБ) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России в 2023 году для обследования. Поводом для госпитализации послужили жалобы на болезненные менструации и межменструальные кровянистые выделения.

Из медицинской карты известно, что развитие девочки соответствовало возрастным нормам. В возрасте 7 месяцев при проведении УЗИ была выявле-

на правосторонняя агенезия почки и удвоение левой почки. Менархе наступило в 11 лет, менструальный цикл установился с периодичностью 28–30 дней, продолжительностью 5–6 дней, характер менструаций – регулярный, умеренный, болезненный.

Ранее, в 2023 году, пациентка была госпитализирована в медицинское учреждение Московской области в связи с обильными кровянистыми выделениями из половых путей со сгустками. По данным УЗИ диагностирована аномалия развития гениталий в виде полного удвоения матки с формированием гематоцервикса одной из шеек с возможной аплазией одного из влагалищ. Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики пациентка была направлена в гинекологическое отделение ОСП «Российская детская клиническая больница» (РДКБ) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожа и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы. Сердечные тоны ясные. Артериальное давление на правой руке 100/65 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Стул регулярный, мочеиспускание безболезненное.

В ходе гинекологического обследования были осмотрены наружные половые органы, оволосение соответствует женскому типу, клитор не имеет признаков гипертрофии, девственная плева имеет бахромчатую форму с признаками эстрогенизации, слизистая вульвы розовая, выделения из половых путей умеренные, сукровичные. Формула полового развития: Ах3 Ма3 Рb3 Мe11. По данным двуручного ректально-абдоминального исследования: в полости малого таза пальпируются две матки нормальных размеров, плотные, подвижные, безболезненные. В проекции влагалища по правой боковой стенке пальпируется образование вытянутой овоидной формы, тугоэластической консистенции, размерами 10×4 см, ограниченно подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не определяются, пальпация в их проекции безболезненна. Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых путей выявило: значительное количество зрелых клеток поверхностного эпителия, преобладание крупной палочковой флоры, незначительное количество лейкоцитов (1-2 в поле зрения).

Проведено УЗИ органов малого таза, по результатам которого было обнаружено две матки, расположенные срединно. Тело правой матки имеет размеры 55×31×40 мм, а шейка - 26×23 мм. Угол между телом и шейкой четко выражен. Структура миометрия однородная. Полость матки расширена в нижней трети до 4 мм, цервикальный канал до 8 мм. Тело левой матки имеет размеры 46×30×42 мм, а шейка - 27×20 мм.

Структура миометрия однородная. Полость матки и цервикальный канал не расширены. Эндометрий имеет толщину 7 мм, гиперэхогенный, структура однородная. Правый яичник имеет размеры 27×18×20 мм, с несколькими фолликулами, максимальный размер до 9 мм. Левый яичник имеет размеры 27×19×20 мм, с единичными мелкими фолликулами, максимальный размер до 7 мм. Свободной жидкости в малом

тазу не обнаружено. В малом тазу справа визуализируется овоидной формы образование с толстой мышечной стенкой размерами 90×38×53 мм (рис. 1). Заключение: полное удвоение матки и влагалища с частичной аплазией правого влагалища, осложнённое формированием гематокольпоса в добавочном правом влагалище.



Рис. 1. Ультразвуковая картина порока развития половых органов: полное удвоение матки и влагалища с частичной аплазией правого влагалища, осложнённое формированием гематокольпоса в добавочном правом влагалище.

Проведено ультразвуковое исследование почек: правая почка не обнаружена, левая почка находится в типичном месте, размеры 129 х 39 мм, увеличена. Контуры ровные, четкие. При ЦДК кровоток определяется до капсулы, интенсивность его не изменена, ЧЛС не расширена, удвоена, стенки не изменены.

По данным вагиноскопии: слизистая влагалища бледно-розового цвета, складчатая, отмечается выбухание в полость влагалища правой боковой стенки в области верхней и средней трети влагалища, свищевой ход не визуализируется. В куполе влагалища визуализируется шейка матки конической формы бледно-розового цвета, не эрозирована, наружный зев щелевидный. Произведено влагалищное пальцевое исследование: стенки влагалища ровные, по правой боковой стенке на высоте 3 см от входа во влагалище пальпируется ненапряженное выбухание стенки рудиментарного влагалища.

В качестве предоперационной подготовки с целью повышения напряжённости гематокольпоса был назначен прием комбинированного орального контрацептива-(Дезогестрел 150 мкг + Этинилэстрадиол 30 мкг) в течение 90 дней, после отмены которого наступила умеренная менструальноподобная реакция с дальнейшей плановой госпитализацией в 2024 г. в гинекологическое отделение РДКБ.

На момент осмотра пациентку беспокоили давяще-ноющие боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей. В ходе гинекологического обследования: слизистая вульвы розовая, выделения из половых путей кровянистые, густые, темно-бордового цвета, обильные. По результатам двуручного ректально-абдоминального исследования: в области влагалища вдоль правой боковой стенки на расстоянии 3-х см от анального отверстия обна-

ружено безболезненное образование вытянутой формы, эластической консистенции, размером 10×5 см. При этом придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

Проведено УЗИ органов малого таза, по результатам которого было обнаружено две матки, расположенные срединно. Тело правой матки имеет размеры 36×32×35 мм, а шейка – 25×18 мм. Угол между телом и шейкой четко выражен. Структура миометрия однородная. Полость матки расширена до 5 мм. Справа в проекции влагалища визуализируется овоидное образование с толстой мышечной стенкой размерами 91×45×52 мм. Толщина стенки 10 мм. Содержимое жидкостное с мелкодисперсной взвесью и гиперэхогенными включениями неправильной овоидной формы (сгустки крови). Эндометрий имеет толщину 5 мм, гиперэхогенный, структура однородная. Тело левой матки имеет размеры 26×27×35 мм, а шейка – 26×19 мм. Угол между телом и шейкой четко выражен. Структура миометрия однородная. Эндометрий имеет толщину 5 мм, гиперэхогенный, структура однородная. Правый яичник имеет размеры 29×18×23 мм, с несколькими фолликулами, максимальный размер до 7 мм. Левый яичник имеет размеры 27×18×20 мм, с единичными фолликулами, максимальный размер до 7 мм. Свободной жидкости в малом тазу не обнаружено. Заключение: порок развития половых органов, полное удвоение матки и влагалища с частичной аплазией правого влагалища, осложнённое формированием гематокольпоса в добавочном правом влагалище.

Микроскопический и бактериологический анализ отделяемого из мочеполювых органов показал повышенное содержание лейкоцитов (15-18 в поле зрения), наличие лактобактерий (Гр+ палочки), а так-

же умеренный рост *Ralstonia insidiosa* (Гр- палочки).

В связи с частыми рецидивирующими вульвовагинитами пациентке проведена местная и системная антибактериальная терапия (Цефтриаксон 1 г + 0,9% раствор натрия хлорида 200 мл, Метронидазол 100 мл внутривенно капельно, Диоксометилтетрагидропиримидин+Хлорамфеникол во влагалище). В межгоспитальном периоде назначена антибактериальная терапия с 5-го дня менструального цикла: Тернидазол 200 мг+Неомицина сульфат 65000 ЕД+Нистатин 100000 ЕД+Преднизолон метасульфобензоат натрия 3 мг по одной таблетке на ночь во влагалище в течение 14 дней.

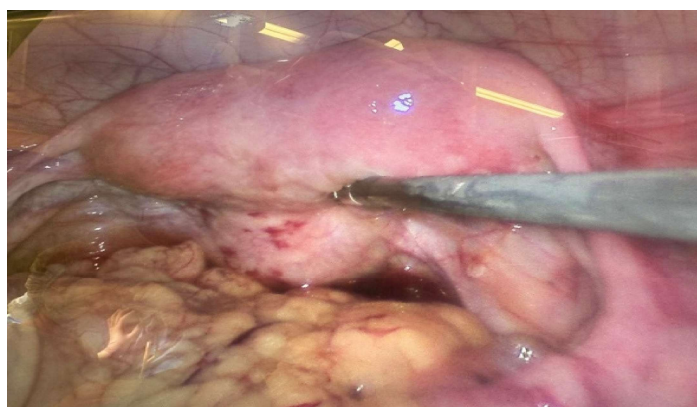


Рис. 2. Лапароскопическая картина порока развития гениталий: полное удвоение матки и влагалища с частичной аплазией правого влагалища.

Спустя 1 месяц пациентка была повторно госпитализирована в гинекологическое отделение РДКБ для динамического наблюдения и оценки результатов проведенной вагинопластики. В ходе гинекологического обследования были осмотрены наружные половые органы, сформированные правильно, оволощение соответствует женскому типу, клитор не имеет признаков гипертрофии, девственная плева имеет бахромчатую форму с признаками эстрогенизации, слизистая вульвы розовая, выделения из половых путей скудные, сукровичные. Произведено влагалищное пальцевое исследование: швы на оперативно созданном соустье между частично аплазированным правым и левым влагалищами лежат хорошо, стенки не инфильтрированы, соустье свободно проходимо для 1 пальца.

Были даны рекомендации по динамическому наблюдению у врача-гинеколога, ограничению физической активности на 2 месяца, исключению приема водных процедур лежа, проведению плановой госпитализации 1 раз в 3 месяца с целью динамического наблюдения.

На основании клинических данных и результатов инструментальных исследований, можно предположить, что у пациентки есть редкая врожденная аномалия, известная как синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха или OHVIRA (Obstructed HemiVagina and Ipsilateral Renal Anomaly). Этот синдром включает в себя удвоение матки, атрезию одной из половин вла-

После проведенного курса антибактериальной терапии, отсутствия рецидива вульвовагинита, наличия нарастающего гематокольпоса справа и болевого синдрома пациентке в гинекологическом отделении РДКБ выполнена вагинопластика с лапароскопической ассистенцией. При проведении лапароскопии в полости малого таза визуализировали 2 тела матки (рис. 2). Основным этапом операции являлось создание соустья между правым частично аплазированным и нормальным левым влагалищем путем иссечения межвлагалищной перегородки. Послеоперационный период протекал гладко, проводилась местная и инфузионная антибактериальная терапия.

галища и отсутствие почки на той же стороне, чаще всего справа [8]. Эпидемиология OHVIRA-синдрома остаётся недостаточно изученной - по данным различных исследований частота встречаемости 1 случай на 4000-50000 женщин [9]. Своевременная диагностика и адекватное хирургическое вмешательство обеспечивают благоприятный прогноз, тогда как запоздалое лечение может привести к формированию гематокольпоса и гематометры, ретроградному менструальному рефлюксу, развитию вторичного эндометриоза и хроническому воспалительному процессу в малом тазу [10]. Пренатальная диагностика представляет значительные трудности и становится возможной лишь в III триместре гестации при выявлении гидрометрокольпоса у женского плода [11].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Аномалии развития матки и влагалища формируют гетерогенную группу структурных нарушений, включающих дефекты тела и шейки матки, влагалища и маточных труб. Эти пороки возникают вследствие нарушений эмбрионального развития мюллеровых протоков, проявляющихся их неправильным формированием, частичным слиянием или преждевременной остановкой роста [12]. Женщины, подверженные риску рождения девочек с такими аномалиями, включают тех, кто имел профессиональные вредности и вредные привычки, и тех, кто переносил вирусные инфекции с 8 по 16 недели беременности [13]. Некоторые исследования указывают на связь

между аномалиями развития женских половых органов и генетическими мутациями, среди которых наиболее определенными являются *HOXA13* и *HOXA10*, регулирующие развитие парамезонефральных протоков [14].

Наличие двух обособленных маток и влагалищ может не вызывать клинических проявлений и диагностироваться в процессе рутинного гинекологического осмотра, ультразвукового исследования либо оперативного вмешательства [15]. Отсутствие единых диагностических алгоритмов и междисциплинарного сотрудничества при *OHVIRA*-синдроме способствует запоздалой диагностике, необоснованному лечению, увеличению риска осложнений и повышению доли необоснованных радикальных операций [16].

В отличие от почечных аномалий, которые обычно диагностируются сразу после рождения, пороки развития половой системы часто остаются нераспознанными до подросткового возраста после начала менструации, когда девочка имеет жалобы на нарушения менструального цикла, боли в животе. Развитие гематокольпоса как осложнения требует хирургического лечения и может привести к обструкции мочевых путей, гематометре, эндометриозу, спаячной болезни и репродуктивным нарушениям [17].

Своевременная диагностика аномалий развития репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте, оптимальный выбор хирургической тактики и комплексная реабилитация позволяют предотвратить развитие осложнений, сохранить качество жизни и репродуктивный потенциал пациенток [18, 19, 20].

ВЫВОДЫ

Учитывая общее эмбриональное происхождение мочевыделительной и репродуктивной систем (из промежуточной мезодермы на 4-6 неделе гестации), необходимо: у пациенток с диагностированными почечными аномалиями исключать сопутствующие пороки развития половых органов. А также при выявлении удвоения матки с обструкцией одного из влагалищ проводить тщательный поиск сопутствующих урологических аномалий, включая рудиментарную почку и влагалищную эктопию мочеточника [10].

Отсутствие должной настороженности в отношении частой ассоциации аномалий мочевыводящих и репродуктивных органов в ряде случаев приводит к необоснованному хирургическому лечению пациенток [21].

В связи с чем рассмотренный клинический случай должен быть принят во внимание не только детскими гинекологами, но, в первую очередь, детскими хирургами, нефрологами, урологами, педиатрами, поскольку своевременная диагностика и адекватная оперативная коррекция могут предотвратить развитие урогинекологических осложнений, сохранить менструальную и репродуктивную функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чинова Г.В., Горшкова О.В., Губченко М.А. и др. Пороки развития влагалища и матки у девочек (клиническое наблюдение) // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2022. – 4(94). – С.53-59.
2. Клинические рекомендации (проект). Врожденные пороки развития влагалища и/или матки у детей и подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 31–56.
3. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Арсланян 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. – 10(4). – С.36-40.
4. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. (ред.) *Гинекология: национальное руководство* - 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2022. 1008 с.
5. Albulescu D.M., Ceaușescu A.E., Sas L.M. and others. The Herlyn-Werner-Wunderlich triad (*OHVIRA* syndrome) with good pregnancy outcome - two cases and literature review // *Rom J Morphol Embryol*. – 2018. – 59(4). – С.1253-1262.
6. Дядичкина О.В., Можейко Л.Ф. Врожденные аномалии женских половых органов: учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ; 2023. 36 с.
7. Li L., Chu C., Li S. and others. Renal agenesis-related genes are associated with Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome // *Fertility and Sterility*. – 2021. – 116(5). – С.1360-1369.
8. Хворостов И.Н., Сеницын А.Г., Бердникова А.В., Климова М.В., Яхонтова М.А. Диагностика и лечение синдрома Герлина-Вернера-Вандерлиха у новорожденной // *Российский педиатрический журнал*. – 2021. – 24(1). – С.56-60.
9. Rusda M., Umara A., Rambe AYM. Herlyn Werner Wunderlich syndrome with hematocolpos symptom // *Open Access Maced J Med Sci*. – 2019. – 7(16). – С.2679-2681.
10. Лодейкина К., Каганцов И.М., Караваева С.А., Кохреидзе Н.А. Урологические аномалии при синдроме *OHVIRA* (Herlyn–Werner– Wunderlich синдром) // *Вестник урологии*. – 2022. – 10(2). – С.109-123.
11. Костюков К.В., Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И. и др. Пренатальная диагностика синдрома обструкции одного из удвоенных влагалищ в сочетании с ипсилатеральной аномалией почки // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. – 2011. – №3. – С.78-83.
12. Дядичкина ОВ. Современные рекомендации по классификации и диагностике врожденных пороков развития матки и влагалища // *Охрана материнства и детства*. – 2022. – 1(39). – С.97-103.
13. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Торубаров С.Ф. и др. Абдоминальный болевой синдром у девочек

- с пороками развития половых органов. Обзор литературы // Проллиферативный синдром в биологии и медицине: материалы II Российского форума с международным участием. Москва, 29–30 ноября 2022 г. – 2022. – С.78-83.
14. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Пивазян Л.Г. и др. Пороки развития половых органов у девочек от классификаций до диагностики: современное состояние вопроса // РМЖ. Мать и дитя. – 2023. – 6(4). – С.425-432.
 15. Мяконький Р.В., Каплунов К.О. Случай полного удвоения матки и шейки матки, диагностированный случайно // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2017. – 1(53). – С.56-58.
 16. Родина М.А., Чеботарева Ю.Ю., Овсянников В.Г. Современные аспекты репродуктивных нарушений у девочек с сочетанными аномалиями развития мочеполовой системы // Экология и здоровье: материалы VIII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Ростов-на-Дону, 25 мая 2021 г. – 2021. – С.67-74.
 17. Труш А.И. Случай выявления синдрома Херлина-Вернера-Вундерлиха в практике детского акушера-гинеколога // 76-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета: сборник материалов. Ростов-на-Дону, 26–27 апреля 2022 г. – 2022. – С.17-19.
 18. Готье М.С., Уварова Е.В., Солониченко В.Г. и др. Клинический случай порока развития матки и влагалища у пациентки с синдромом Фрейзера // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. – №5. – С.30.
 19. Friedman M.A., Aguilar L., Heyward Q. and others. Screening for Mullerian anomalies in patients with unilateral renal agenesis: Leveraging early detection to prevent complications // J Pediatr Urol. – 2018. – 14(2). – С.144-149.
 20. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Ивановская Т.Н. и др. Эстетические гинекологические операции у детей и подростков // Эффективная фармакотерапия. – 2023. – 19(37). – С.66-74.
 21. Батырова З.К., Уварова Е.В., Кумыкова З.Х. и др. Синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха. Почему важна своевременная диагностика? // Акушерство и гинекология. – 2020. – №1. – С. 178-183.

УДК: 618.5.-089.88.61

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ М. РОБСОНА В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Исламова З.А., Пахомова Ж.Е., Муминов С.А.

Городской межрайонный перинатальный центр № 6, г. Ташкент

XULOSA

Biz perinatal markazimizda ushbu usulning samaradorligi va maqsadga muvofiqligini baholash uchun M. Robson jadvalidan foydalangan holda qorin bo'shlig'ida tug'ilish dinamikasini tahlil qildik. Ushbu jadvaldan foydalanib, biz kesar kesish amaliyoti chastotasini amalda kamaytirish mumkin bo'lgan zahira guruhlari aniqladik.

Kalit so'zlar: *kesarcha kesish, Robson tasnifi, bachadon chandigi.*

Самой распространённой операцией в акушерской практике является абдоминальное родоразрешение – Кесарево сечение. Из года в год отмечается высокий рост частоты оперативных родов в нашей стране и во всем мире до 30 % [3]. Показатель частоты оперативных родов не должен превышать 10-15% от всех родов по данным ВОЗ, так как увеличение частоты кесарева сечения приводит к росту материнской заболеваемости и смертности [1]. Но в то же время увеличение частоты оперативных родов позволило снизить перинатальные потери с увеличе-

SUMMARY

We analyzed the dynamics of abdominal deliveries using the M. Robson classification table in order to assess the effectiveness and feasibility of this method in our perinatal center. Using this table, we identified reserve groups where the rate of cesarean sections can be reduced in clinical practice.

Keywords: *cesarean section, Robson classification table, uterine scar.*

нием показателей с 8,2 %о (2023 г.) до 7,9 %о в 2024г.

Показатель оперативных родов по г Ташкент в 2023 г составила -22611 (35.5% от общего количество родов), а в 2024 году выросло на 22998 (36,6%).

Высокие цифры различных осложнений после оперативных родов указывает на установления четких показаний для КС. А также послеоперационные рубцы больше чем у половины беременных являются несостоятельным, что в последующем не дает возможность родов через естественные родовые пути. Из года в год растет случаи женщин с вращением