

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.3\(42\).2019.12](https://doi.org/10.34287/MMT.3(42).2019.12)А. С. Семенцов<sup>1</sup>, О. С. Шаповал<sup>1</sup>, С. В. Скринченко<sup>2</sup>, О. А. Козырь<sup>2</sup><sup>1</sup>Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»

Запорожье, Украина

<sup>2</sup>Диагностический центр «МДЦ Эксперт»

Запорожжя, Украина

A. S. Sementsov<sup>1</sup>, O. S. Shapoval<sup>1</sup>, S. V. Skrinchenko<sup>2</sup>, O. A. Kozir<sup>2</sup><sup>1</sup>State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine» Zaporizhzhia, Ukraine<sup>2</sup>Diagnostic center «MDC EXPERT»

Zaporizhzhia, Ukraine

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ АТРЕЗИИ ВЛАГАЛИЩА

### Computer tomography of the abdominal cavity: opportunities diagnostic in vaginal atresia

#### Резюме

Представлено наблюдение изменений органов малого таза и брюшной полости при атрезии влагалища по данным компьютерной томографии.

**Ключевые слова:** компьютерная томография, диагностика, влагалище, атрезия.

#### Abstrakt

The observation of changes in the pelvic organs and the abdominal cavity during vaginal atresia according to kmputerography is presented.

**Keywords:** Computer tomography, diagnostic, vagina, atresia.

#### ВВЕДЕНИЕ

Аплазии влагалища, по данным разных авторов, встречается с частотой 1 на 4000–5000 новорожденных девочек [1–7]. При этом матка при аплазии влагалища может также отсутствовать (синдрома Майера-Рокитанского-Кюстера) или быть рудиментарной. У 10–20% больных с аплазией влагалища имеется функционирующая матка. В 30% случаев патология органов репродуктивной системы сочетается с аномалиями развития мочевой системы (аплазией, дистопией, удвоением почек) и классифицируется, как комплексный порок развития MURCS (Mullerian Renal Cervico-thoracic Somite anomalies) [4]. Реже встречаются сочетания с пороками развития мочеточников, пороками развития позвоночного столба (сколиоз, асимметрия, слияние позвонков), пороками развития слухового нерва (у 10–25% больных с МРКХ-синдромом), пороками развития сердца, такими, как тетрада Фалло [4, 5].

Несмотря на развитие современных технологий в диагностике, данная группа больных представляет определенные сложности. Для

пациенток с данной аномалией развития, как правило, характерен женский фенотип (нормальное развитие молочных желез, пропорциональное тело, наружные половые органы развиты по женскому типу) и кариотип 46 XX [6, 7]. Клинически заболевание манифестирует в возрасте 10–18 лет и проявляется отсутствием менструального кровотечения. Ввиду отсутствия влагалища половая жизнь для таких больных невозможна. При функционирующей матке боли приобретают определенную периодичность – каждые 3–4 недели пациентки отмечают возникновение интенсивных схваткообразных или тянущих болей внизу живота, иррадиирующих в поясничную область. Достаточно часто отмечается тошнота, рвота, нарушение процессов мочеиспускания и дефекации. Таким образом, клиника аплазии влагалища неспецифична и имитирует острую хирургическую патологию, мочекаменную болезнь, что и приводит к необоснованным хирургическим вмешательствам. Часто аплазия влагалища сочетается с аномалиями развития других органов и систем. Наиболее информативным мето-

дом диагностики аномалий развития влагалища и матки является компьютерная и магнитно-резонансная томография, которая позволяет оценить размеры и внутреннюю структуру матки и ее рудиментов, определить морфологические варианты уроректальной перегородки.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка (возраст – 15 лет) обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в животе, увеличение размеров живота.

При ультразвуковом обследовании органов брюшной полости выявлено большое кистозидное образование в брюшной полости.

Ввиду наличия образования в брюшной полости, симптомного по роста и с наличием болевого синдрома, пациентке было рекомендовано проведение компьютерной томографии с последующей консультацией онколога.

На серии усиленных КТ-томограм:

– печень: размеры – правая доля  $138 \times 116$  мм, левая доля до  $100 \times 75$  мм. Плотность паренхимы при нативном сканировании 60 ед. Н, (норма 50–70 ед. Н), в паренхиматозную фазу накапливает контраст до 104 ед. Н, внутривенные желчные протоки не расширены, патологических образований, накапливающих контраст при внутривенном усилении не выявлено. Печеночная артерия 3 мм. v. Portae – 11 мм.

– желчный пузырь: размеры –  $70 \times 27$  мм, стенка не утолщена, не уплотнена, внутрипросветно рентгенконтрастных конкрементов не выявлено.

– поджелудочная железа: головка – 22,5 мм, тело – 14 мм, хвост – 22 мм. Структура дольчатая, плотность паренхимы при нативном сканировании 39–44 ед. Н, при внутривенном усилении в паренхиматозную фазу контраст накапливается до 87 ед. Н. Контуры железы ровные, четкие. Панкреатический проток не визуализируется. Интрапанкреатическая часть холедоха 3,8 мм. Парапанкреатическая клетчатка без особенностей.

– селезенка:  $98 \times 39$  мм, полулунной формы, без структурных изменений. v. Lienalis шириной 7,6 мм.

– надпочечники нормальной формы, размеров, контуры ровные, четкие.

– почки расположены в типичном месте, овоидной формы, правая размерами  $95 \times 51$  мм, левая  $43 \times 93$  мм, паренхима не истончена, типично накапливает контраст. Дифференциация

коркового и мозгового вещества не нарушена.

– чашечно-лоханочная система почек неравномерно расширена: лоханки справа до  $39,1 \times 34,5$  мм, слева  $39,0 \times 32,3$  мм, чашечки до 9,0 мм. Рентгенконтрастных конкрементов не выявлено. Паранефральная клетчатка не уплотнена.

– экскреторная функция почек сохранена, мочеточники расширены до 10,1 мм до уровня входа в малый таз, где отмечена их компрессия объёмным процессом, исходящим из малого таза, прослеживаются на всем протяжении.

– поясничные мышцы симметричные.

– просвет сосудов обычного калибра.

– область входа в малый таз с нормальной конфигурацией крыльев подвздошных костей и подвздошно-поясничных мышц с обеих сторон. Клетчатка параректальной области и ишиоректальной ямки без особенностей.

– в полости малого таза визуализируется толстостенное (толщина стенок до 5–10 мм) мешкоподобное образование размерами  $315 \times 98 \times 109$  мм, с неоднородным содержимым плотностью до 30 ед. Н. Контраст накапливается в стенках. В области вершины образования визуализируются придатки матки с наличием кистозных многокамерных образований размерами справа  $75,5 \times 26,5$  мм, слева  $79,3 \times 37,8$  мм с тонкими септами, не накапливающими контраст при внутривенном усилении. Влагалище не визуализируется.

– мочевого пузыря расположен впереди и вправо от вышеописанного процесса, компремирован и растянут в кранио-каудальном направлении, достаточного наполнения, с ровными, четкими контурами. Стенки его не утолщены (норма до 3,0 мм). В просвете мочевого пузыря патологических образований не выявлено.

– ректосигмоидный отдел толстого кишечника также компремирован, без признаков инвазии стенок. Кровеносные сосуды малого таза без особенностей.

На исследованном уровне отмечаются лимфоузлы забрюшинного пространства и брюшной полости диаметром до 5,5 мм. Деструктивных изменений костной системы не выявлено.

Заключение: КТ-признаки объёмного процесса матки (гемометра?), кистозных образований придатков матки. Атрезия влагалища. Признаки гидроуретеронефроза. Рекомендована консультация гинеколога.

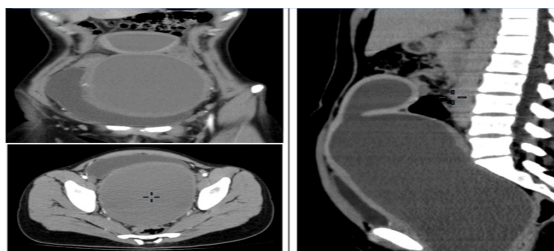


Рис. 1. КТ органов брюшной полости и малого таза в 3-х проекциях

Таким образом, при неполном гинекологическом обследовании (в связи с возрастом и отсутствием половой жизни), данных УЗД, за кисто-

видное образование в малом тазу могло привести к неоправданному направлению пациентки в онкодиспансер.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Adamyan LV, Popryaduhin AY, Arakelyan AS et al. The uterus and vagina aplasia (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome) in combination with endometriosis: unresolved aspects of etiology and pathogenesis (review). *Problemy reproduksii*. 2016; 22 (3): 8–14.
2. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J et al. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011; 17 (6):761–771. DOI: 10.1093/humupd/dmr028.
3. Acién P, Acién M. The presentation and management of complex female genital malformations. *Hum. Reprod. Update*. 2016; 22 (1): 48–69.
4. Bobkova MV, Baranova EE, Adamyan LV. Genetic aspects of the formation vagina and uterus aplasia: the history study. *Problemy reproduksii*. 2015; 21 (3): 10–15.
5. Bombard DS, Mousa SA. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: complications, diagnosis and possible treatment options: a review. *Gynecol. Endocrinol*. 2014; 30 (9): 618–623. DOI: 10.3109/09513590.2014.927855.
6. Oppelt P Renner SP, Brucker S et al. The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation) classification: a new classification for genital malformations. *Fertility and sterility*. 2005; 84 (5): 1493–1497. DOI:10.1016/j.fertnstert.2005.05.036.
7. Hall-Craggs MA, Kirkham A, Creighton SM. Renal and urological abnormalities occurring with Mullerian anomalies. *J Pediatr Urol*. 2013; 9 (1): 27–32. DOI: 10.1016/j.jpuro.2011.11.003.

*Стаття надійшла до редакції 10.01.2019*