



Турок И.В. ✉, Мавричева Л.А., Федорков А.Ч.
Городская гинекологическая больница, Минск, Беларусь

Добавочная полостная аномалия развития матки: особенности диагностики, хирургическая коррекция. Собственный клинический опыт

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Турок И.В.; редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Мавричева Л.А.; сбор материала – Федорков А.Ч.

Подана: 06.05.2025
Принята: 02.06.2025
Контакты: inessa15@list.ru

Резюме

Введение. Добавочная полостная аномалия развития матки (АСУМ) – относительно новый термин, предложенный для описания несообщающейся дополнительной полости матки, которая на сегодня считается мюллеровой аномалией матки. Однако, несмотря на растущее признание в качестве самостоятельной клинической единицы, АСУМ часто остается недостаточно диагностированным состоянием, поскольку имеет сходство с другими образованиями миометрия.

Цель. Повысить осведомленность врачей в вопросах диагностики, дифференциальной диагностики и лечения редкой формы мюллеровых аномалий развития матки (АСУМ). Показать значимость ультразвукового исследования с цифровой трехмерной реконструкцией тела матки в точной диагностике данной аномалии.

Материалы и методы. Представлено описание клинического случая ультразвуковой диагностики и хирургической коррекции АСУМ у пациентки с тяжелой формой дисменореи. Проанализирована литература по данной проблеме. Рассмотрены современные подходы к диагностике и дифференциальной диагностике данной аномалии, показания к лапароскопическому иссечению добавочной полости матки.

Результаты. В результате хирургической коррекции у пациентки наблюдалась выраженная положительная динамика – устранены клинические проявления дисменореи. Ультразвуковой метод исследования, включая трехмерную реконструкцию, позволяет достигнуть точных диагностических результатов и получить комплексную оценку морфологии мочеполовой системы.

Заключение. АСУМ – это аномалия матки с типичными ультразвуковыми характеристиками, которая связана с дисменореей и хронической тазовой болью. Знание этих критериев может облегчить раннее выявление данной патологии. Представленный клинический случай демонстрирует главенство ультразвукового исследования в диагностике АСУМ, на основании чего определяется тактика лечения пациентки.

Ключевые слова: редкие аномалии матки, кистозный аденомиоз, аденомиома миометрия, добавочный рудиментарный рог матки

Turok I. ✉, Maurychava L., Fedarkou A.
City Gynecological Hospital, Minsk, Belarus

Accessory Cystic Anomaly of the Uterus: Differential Diagnosis, Surgical Correction. Personal Clinical Experience

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, editing, material collection, processing, writing – Turok I.; editing, material collection, processing, writing – Maurychava L.; material collection – Fedarkou A.

Submitted: 06.05.2025

Accepted: 02.06.2025

Contacts: inessa15@list.ru

Abstract

Introduction. Accessory cystic anomaly of the uterus ACUM is a relatively new term proposed to describe a non-communicating accessory uterine cavity, which is currently considered a Müllerian anomaly of the uterus. However, despite its growing recognition as an independent clinical entity, ACUM often remains an underdiagnosed condition because of its similarity to other myometrial formations.

Purpose. To increase physicians' awareness of diagnostics, differential diagnostics and treatment of a rare form of Mullerian anomalies of uterine development ACUM. To demonstrate the importance of ultrasound examination with digital three-dimensional reconstruction of the uterine body in accurate diagnostics of this anomaly.

Materials and methods. The article describes a clinical case of ultrasound diagnostics and surgical correction of ACUM in a patient with severe dysmenorrhea. The literature on this problem is analyzed. Modern approaches to diagnostics and differential diagnostics of this anomaly, indications for laparoscopic excision of the accessory uterine cavity are considered.

Results. As a result of surgical correction, the patient showed pronounced positive dynamics: clinical manifestations of dysmenorrhea were eliminated. The ultrasound examination method, including three-dimensional reconstruction, allows achieving accurate diagnostic results and obtaining a comprehensive assessment of the morphology of the genitourinary system.

Conclusion. ACUM is a uterine anomaly with typical ultrasound characteristics associated with dysmenorrhea and chronic pelvic pain. Knowledge of these criteria may facilitate early detection of this pathology. The presented clinical case demonstrates the leading place of ultrasound examination in the diagnosis of ACUM, on the basis of which the patient's treatment tactics are determined.

Keywords: rare uterine anomalies, cystic adenomyosis, myometrial adenomyoma, accessory rudimentary uterine horn

■ ВВЕДЕНИЕ

Добавочная полостная аномалия развития матки (Accessory and Cavitated Uterine Mass, ACUM) – относительно новый термин, используемый для описания дополнительной полости матки, не сообщающейся с основной, нормально сформированной полостью [1]. ACUM известна под разными названиями: ювенильный кистозный аденомиоз, кистозная аденомиома миометрия, кистозный аденомиоз, маточноподобное образование [2–4].

Считается, что ACUM – очень редкое состояние, его распространенность неизвестна. На сегодняшний день в литературе отсутствуют популяционные исследования, по данной теме публикуются исключительно отчеты о случаях и серии случаев.

В настоящее время ACUM остается неклассифицированным пороком развития в классификации аномалий матки Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE), Европейского общества гинекологической эндоскопии (ESGE) и пересмотренной классификации Американского общества репродуктивной медицины (r-ASRM) [5, 6]. Одной из наиболее приемлемых в клинической практике, на наш взгляд, является система классификации ESHRE/ESGE 2014 г. [5]. Она основана на анатомических и эмбриологических подходах, в которой аномалии классифицируются по 5 основным классам, отражающим анатомические изменения матки. Для редких, еще не классифицированных случаев, выделен класс U6, в который можно отнести ACUM.

В настоящее время с целью постановки диагноза в качестве метода первой линии используется ультразвуковое исследование (УЗИ). Сегодня проведение цифровой трехмерной (3D) реконструкции тела матки является предпочтительным методом визуализации для оценки аномалий мюллеровых протоков. По данным крупных исследований, чувствительность и специфичность этого метода для определения разных форм пороков тела матки достигают до 98–100% [7, 8].

Совершенствование диагностики, а также постоянное обновление классификации пороков способствуют улучшению преемственности между врачом – акушером-гинекологом и врачом-диагностом и ведут к более точной и своевременной диагностике аномалий матки.

Ультразвуковым признаком ACUM является полостное образование в миометрии различных размеров, содержащее гипоехогенную жидкость, окруженное миометриальной мантией, расположенное в переднебоковой стенке матки под местом прикрепления круглой связки и под интерстициальной частью маточной трубы. В отличие от других аномалий матки, визуализируется нормальная полость матки [1].

ACUM становится все более признаваемым, но все еще недостаточно диагностируемым клиническим состоянием.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повысить осведомленность врачей в вопросах диагностики, дифференциальной диагностики и лечения редкой формы мюллеровых аномалий развития матки (ACUM). Показать значимость ультразвукового исследования с цифровой трехмерной реконструкцией тела матки в точной диагностике данной аномалии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В учреждении здравоохранения «Городская гинекологическая больница» Минска с 2020 по 2024 г. по результатам УЗИ были выявлены 12 пациенток с кистозными образованиями миометрия. Исследование проводилось на ультразвуковых сканерах высокого класса Samsung Medison Accuvix V10 2010 г. в., Esaote MyLab8 2022 г. в., оснащенных датчиками – конвексным, микроконвексным эндополостным и объемным эндополостным. УЗИ проводили во 2-ю фазу менструального цикла по стандартному протоколу. Далее пациенткам с кистозными образованиями миометрия проводилась 3D-реконструкция полости матки. В коронарном срезе определяли форму матки, фиксировали наличие устьев обеих маточных труб, выясняли локализацию кистозного образования по отношению к круглой связке матки и интерстициальному отделу маточной трубы, устанавливали наличие сообщения полости добавочного рога с полостью матки. По результатам УЗИ у 3 пациенток были выявлены признаки АСУМ. Одной из них было проведено хирургическое лечение.

Представляем клинический случай, демонстрирующий диагностику, хирургическую коррекцию выявленной аномалии развития матки – лапароскопическое иссечение добавочной полости, а также гистологическую верификацию выявленной аномалии.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка Т.А., 2005 г. р., на момент обращения возраст составил 19 лет, обратилась в 2025 г. в консультативный кабинет Городского центра эндометриоза учреждения здравоохранения (УЗ) «Городская гинекологическая больница» с жалобами на тяжелую форму дисменореи – сильными схваткообразными болями в животе, которые появлялись за 1–2 дня до начала менструального цикла и усиливались во время менструации. Боли сопровождались эндокринными и вегетативными нарушениями: слабостью, тошнотой, рвотой, учащенным мочеиспусканием.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, по 5 дней, установились сразу, менструальный цикл регулярный, через 30 дней, умеренного характера, болезненный. Беременностей, родов не было. Гинекологические заболевания отрицает.

Рост 158 см, вес 44 кг, индекс массы тела 17,6 (пониженное питание). Перенесенные заболевания – простудные. Наследственный анамнез, аллергологический анамнез не отягощены. Соматической патологии пациентка не имела.

Ранее, в 2024 г., находилась на стационарном лечении в одном из УЗ Минска по поводу выраженного болевого синдрома с предварительным диагнозом «тубоовариальный абсцесс левых придатков».

Проведено инструментальное обследование – УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ).

По результатам УЗИ органов малого таза (ОМТ) сделано заключение: аномалия развития матки: однорогая матка с рудиментарным замкнутым функционирующим рогом.

Проведена МРТ ОМТ, сделан вывод о наличии у пациентки кистозного аденомиоза/аденомиомы.

Также по результатам УЗИ органов брюшной полости выявлено удвоение правой почки.

Проведен консилиум с участием администрации УЗ, кафедры акушерства и гинекологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования. Решение консилиума: 1) на основании жалоб, данных МРТ ОМТ выставлен диагноз «эндометриоз матки. Аденомиома. Острый вагинит. Цервикальная эктопия. Кандидозный кольпит, санирована. Анемия легкой степени»; 2) рекомендовано: на время менструации для снятия болевого синдрома ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки внутрь. С антианемической целью ферромед 100 мг 1 таблетка 2 раза в день внутрь; 3) показана консультация в Городском центре эндометриоза УЗ «Городская гинекологическая больница».

При обращении в Городскую гинекологическую больницу осмотрена врачом – акушером-гинекологом. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу, уретра мягкая, безболезненная, бартолиновы железы не изменены. Осмотр в зеркалах: шейка матки коническая, на влагалищной части – эктопия призматического эпителия. Выделения из половых путей светлые, скудные. Влагалище свободное. Влагалищная часть шейки матки отклонена кзади, наружный зев закрыт. Тело матки расположено кпереди, не увеличено, поверхность гладкая, консистенция плотная. Придатки матки пальпаторно не изменены. Параметрии свободные.

На 17-й день менструального цикла проведено УЗИ с 3D-реконструкцией тела матки. Матка: в положении *anteflexio*, размеры 48×35×70 мм, объем – 62 см³, контуры ровные. По левой переднебоковой стенке в проекции прикрепления круглой связки интерстициально визуализируется кистозное образование округлой формы внутренним диаметром 29 мм, окруженное гипозоженной мантией толщиной 5 мм, которая представляет собой циркулярно расположенные волокна миометрия (рис. 1), содержимое – взвесь повышенной экзогенности. При цветовом доплеровском картировании (ЦДК) определялся циркулярный кровоток в миометриальной мантии (рис. 2).

В 3D-режиме основная полость матки и дополнительная полость не сообщаются, основная полость матки обычной формы, не деформирована, визуализировались устья обеих маточных труб (рис. 3). Шейка матки без особенностей, цервикальный канал прослеживался на всем протяжении. Яичники без особенностей.

В результате установлен клинический диагноз «аномалия развития матки. Добавочная полостная аномалия развития матки (ACUM). Дисменорея, тяжелая форма. Эктопия призматического эпителия. Неполное удвоение правой почки. Анемия легкой степени». Учитывая неэффективность предыдущей консервативной терапии, выраженный болевой синдром, пациентке рекомендовано оперативное лечение: лапароскопия, удаление добавочной полости, метропластика.

18.01.2025 выполнена операция: лапароскопия. Адгезиолизис. Удаление добавочной полости матки. Метропластика.

Из протокола операции (время операции 12:40 – 14:20): тело матки увеличено до 7–8 недель беременности. По передней стенке на протяжении 2 см припаян большой сальник. Адгезиолизис. Тело матки увеличено за счет добавочной полости с переходом на левую боковую стенку матки диаметром 4,0×5,0 см. Маточные трубы не изменены, фимбрии выражены (рис. 4). Правый яичник 3,0×2,5×2,5 см без видимой патологии, левый яичник 3,0×3,0×2,5 см обычного строения. Над добавочным рогом



Рис. 1. Матка в В-режиме, поперечный срез. Дополнительная полость по переднебоковой стенке
Fig. 1. Uterus in B-mode, transverse scan. Additional cavity along the left anterolateral wall

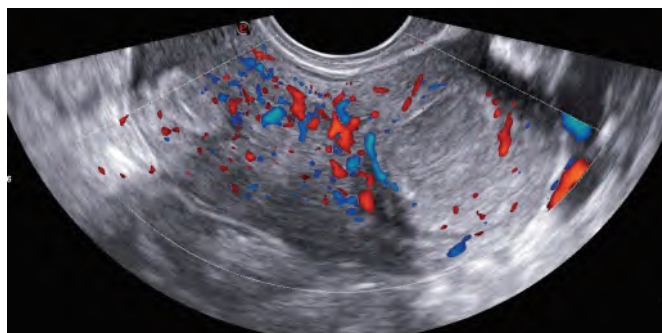


Рис. 2. Матка в режиме ЦДК
Fig. 2. Uterus in color doppler

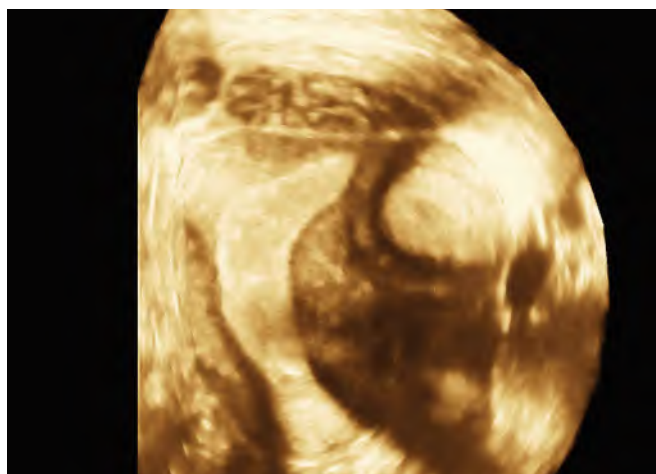


Рис. 3. Матка в 3D-режиме. Определяется устье левой маточной трубы, дополнительная полость не сообщается с основной
Fig. 3. Uterus in 3D. The opening of the left fallopian tube is determined, the additional cavity does not communicate with the main one



Рис. 4. Интраоперационное фото. Описание в тексте
Fig. 4. Intraoperative photo. Description in text

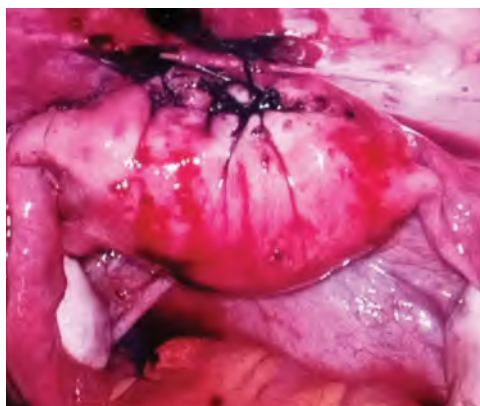


Рис. 5. Интраоперационное фото. Матка после метропластики
Fig. 5. Intraoperative photo. Uterus after metroplasty

матки надсечен миометрий, рог фиксирован пулевыми щипцами, поэтапно выделен от основной матки и удален из брюшной полости. Вскрытия полости основной матки не было. Выполнена метропластика путем наложения 3-рядного шва, нить ПГА 1.0 (рис. 5). Контроль гемостаза – состоятелен. Кровопотеря – 100 мл.

Макропрепарат – добавочная полость матки.

Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась симптоматическая, противовоспалительная терапия.

Гистологическое заключение: образование представлено гладкомышечной тканью, его полость выстлана эндометрием фазы пролиферации и атрофичным эндометрием.

Цитологическое заключение (мазки содержимого добавочной полости матки) – клетки эндометрия.

Заключение: состояние после лапароскопии (удаление рудиментарного рога матки).

Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки после операции.

Заключительный диагноз: аномалия развития матки – добавочная полостная аномалия развития матки (ACUM). Болевой синдром. Дисменорея. Неполное удвоение правой почки.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно современным взглядам, ACUM – это аномалия матки с отчетливым ультразвуковым проявлением, которая связана с дисменореей и хронической тазовой болью. Точный патогенез этого редкого состояния до сих пор неизвестен. Большинство авторов полагают, что это недавно признанный тип мюллеровой аномалии, или «мюллерлианоз», который представляет собой смещенную в ходе развития мюллерову ткань [9, 10]. Barrett-Chan E. et al. (2025) впервые продемонстрировали наличие в генезе этой аномалии соматических мутаций в генах RET (R813W) и HRAS (G12S), связанных с развитием рака, у 24-летней пациентки с двусторонним ACUM [11].

Необходимо отметить, что современные знания о молекулярной характеристике заболеваний необходимы для реализации принципа персонализированной терапии.

Данная аномалия имеет характерный только для нее признак – наличие дополнительной полости. Как видно на рис. 6, во всех описанных случаях указывается характерное расположение АСУМ по переднебоковой стенке в области прикрепления круглой связки, чаще справа (62%) [1]. Также, согласно данным литературы, важной особенностью АСУМ является то, что добавочная полость не сообщается с основной. При этом интактная (основная) маточная полость правильной формы и устья маточных труб доступны визуализации с обеих сторон. Одним из важнейших гистологических диагностических критериев является наличие желез и стромы в этой полости, выстланной функционирующим эндометрием [1, 3, 9, 11, 12].

Чечнева М.А. и соавт. (2023) представили клиническое наблюдение, в котором было обнаружено сообщение полости АСУМ с полостью эндоцервикса при правильной треугольной полости матки с визуализацией устьев двух маточных труб. Авторы предположили, что АСУМ может иметь вариабельность форм и многообразие вариантов, несмотря на то что традиционно считается, что рудиментарная полость при АСУМ не имеет сообщения с основной полостью матки [13].

Гистологическая верификация аномалии предполагает наличие полостного гладкомышечного образования, выстланного функционирующим эндометрием. Миометриальная мантия состоит из гладкомышечных волокон с упорядоченной концентрической ориентацией. Эта концентрическая ориентация может помочь отличить АСУМ от аденомиоза, который имеет тенденцию к более беспорядочной ориентации мышечных волокон. Однако гистопатологическое исследование иссеченного образования проводится без определенных знаний о том, откуда было иссечено поражение. Иногда существует совпадение в гистологическом проявлении между АСУМ и кистозными аденомиомами, также представляющими собой полостное поражение миометрия, которое может быть выстлано эндометрием. Поэтому предоперационная визуализация становится решающей для диагностики АСУМ, поскольку она способна определить точную локализацию дополнительной полости в матке [1].

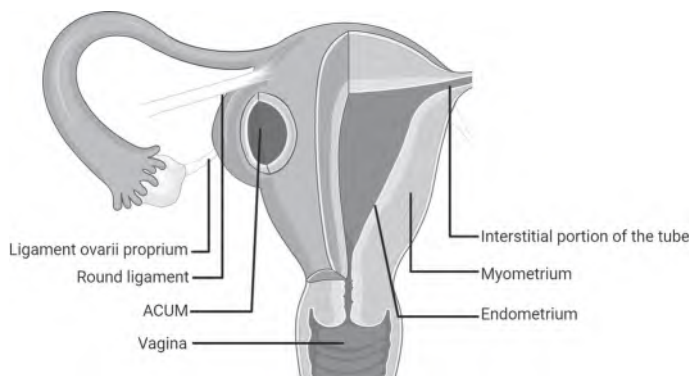


Рис. 6. Типичная анатомическая локализация АСУМ
Fig. 6. Typical anatomical localization ACUM

Клинические проявления

АСУМ относится к вариантам пороков с нарушением оттока менструальной крови, в связи с чем чаще всего клинические проявления манифестируют, начиная с менархе. По данным литературы, средний возраст на момент постановки диагноза составляет 21,5 года с диапазоном от 13 до 48 лет. Наиболее частые жалобы – дисменорея (76,5%) и боль в нижних отделах живота, усиливающаяся во время менструации (56,5%). Менее часто регистрируется диспареуния (4,3%) и аномальное маточное кровотечение (1,7%). Средний срок от начала симптомов до постановки диагноза составляет 24 месяца с диапазоном от 3 до 288 месяцев.

Интервал между менархе и появлением первых симптомов составляет 3 года с диапазоном от 0 до 13 лет [12]. Симптомы становятся более выраженными с течением времени, нередко не купируются приемом обезболивающих препаратов.

Ультразвуковые диагностические критерии

Для постановки диагноза АСУМ особенно важно, чтобы врач, проводящий исследование, знал особенности данного состояния. Основные ультразвуковые признаки:

- наличие одностороннего/двустороннего кистозного образования в миометрии (дополнительной полости);
 - локализация – переднебоковая стенка матки;
 - уровень – под местом прикрепления круглой связки матки и под интерстициальным отделом маточной трубы;
 - стенка дополнительного образования утолщена, представлена миометриальной мантией, т. е. концентрически расположенными гладкомышечными волокнами миометрия;
 - наружный и внутренний контуры ровные, форма образования округлая;
 - содержимое жидкостное геморрагическое по типу «матовое стекло».
- В режиме 3Д:
- визуализация нормальной треугольной полости матки без ее деформации;
 - расположение дополнительной полости на достаточном расстоянии от полости матки;
 - визуализация устьев обеих маточных труб и внутренний зев шейки матки.
- В режиме ЦДК:
- циркулярный тип кровотока в миометриальной мантии.

Таким образом, наличие вышеперечисленных клинических проявлений у молодых пациенток с наличием типичных ультразвуковых характеристик мы рекомендуем трактовать как наличие добавочной полостной аномалии развития матки (АСУМ).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика начинается с определения точной локализации дополнительного полостного образования по отношению к стенкам матки и круглой связке. Расположение по переднебоковой стенке матки под местом прикрепления круглой связки матки и под интерстициальным отделом маточной трубы говорит в пользу АСУМ.

Далее дифференциальная диагностика проводится с аномалиями развития матки с наличием рудиментарного функционирующего рога согласно критериям систем классификации [5, 6]. Как представлено на рис. 7, к таким аномалиям относится класс

ASRM MÜLLERIAN ANOMALIES CLASSIFICATION 2021



Click here to download a printable copy

The ASRM MAC 2021 table depicts a sampling of anomalies in each category to simplify the information. To view the complete collection of variants for each category click the "i" icon.

NAVIGATION TIPS

MÜLLERIAN AGENESIS	CERVICAL AGENESIS	UNICORNUATE UTERUS	UTERUS DIDELPHYS
<p>MÜLLERIAN AGENESIS</p>	<p>CERVICAL AGENESIS</p>	<p>1 UNICORNUATE</p> <p>1 UNICORNUATE WITH 2 DISTAL ATROPHIC UTERINE REMNANT</p>	<p>UTERUS DIDELPHYS AND LONGITUDINAL SEPTUM</p>
<p>MÜLLERIAN AGENESIS WITH 2 ATROPHIC UTERINE REMNANT WITH FUNCTIONAL ENDOMETRIUM</p>	<p>DISTAL CERVICAL AGENESIS</p>	<p>1 UNICORNUATE WITH 2 DISTAL UTERINE REMNANT WITH FUNCTIONAL ENDOMETRIUM</p> <p>1 UNICORNUATE WITH 2 ASSOCIATED ATROPHIC UTERINE REMNANT</p>	<p>UTERUS DIDELPHYS AND LONGITUDINAL VAGINAL SEPTUM OF VARIABLE LENGTH</p>
<p>Click to expand</p>	<p>Click to expand</p>	<p>1 UNICORNUATE WITH 2 UTERINE HORN COMMUNICATING AT LEVEL OF CERVIX</p> <p>Click to expand</p>	<p>UTERUS DIDELPHYS AND OBSTRUCTED 3 HEMIVAGINA</p> <p>Click to expand</p>

Рис. 7. Форма полости матки при anomalies матки с наличием рудиментарного рога (класс «однорогая матка») [6]

Fig. 7. The shape of the uterine cavity in uterine anomalies with the presence of a rudimentary horn (class unicornuate uterus) [6]

«однорогая матка» (unicornuate uterus) с различными ее вариантами: замкнутый/незамкнутый, функционирующий/нефункционирующий рудиментарный рог.

Ключевым моментом ультразвуковой диагностики является визуализация в 3D-режиме полости матки и устьев маточных труб. При наличии всех вариантов рудиментарного рога будет обнаружена аномалия основной полости матки в виде

однорогой формы с визуализацией только одного из устьев маточной трубы. При АСУМ визуализируется нормальная треугольная полость матки.

Узловая форма аденомиоза: не имеет четкой капсулы, нечеткий контур, жидкостное содержимое может отсутствовать, при ЦДК тип кровотока чрезочаговый, рассыпной.

Кистозный аденомиоз: расположен близко к полости матки, в переходной зоне, не имеет миометральной мантии.

Миома матки с кистозной дегенерацией: форма внутренней полости чаще неправильная, внутренний контур неровный.

Лечение

В качестве консервативной терапии, которую при данной аномалии стали применять относительно недавно, используют выжидательную тактику, прием комбинированных оральных контрацептивов, внутриматочной спирали с левоноргестрелом; описаны случаи склеротерапии и дренаж полости под контролем УЗИ [12].

В качестве метода хирургического лечения, которому отдает предпочтение большинство авторов (83%), используют лапароскопическое (82,1%) и лапаротомное (10,5%) иссечение АСУМ. Описаны единичные случаи гистерэктомии (4,2%) [12].

Дисменорея у пациенток с АСУМ часто не поддается лечению гормональными препаратами или анальгетиками, и резекция дополнительной полости является единственной подходящей терапией. Поскольку пациентки с данной аномалией молоды и хотят сохранить свою фертильность, резекция АСУМ (без проведения гистерэктомии) является наилучшим вариантом хирургического лечения [12, 14].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате хирургической коррекции у пациентки наблюдалась выраженная положительная динамика: устранены клинические проявления дисменореи.

Представленный клинический случай демонстрирует важность своевременного выявления АСУМ у пациенток с тяжелой формой дисменореи и хронической тазовой болью. Особенно это касается молодых пациенток, у которых клинические проявления манифестируют, начиная с менархе.

АСУМ – это аномалия матки с типичными ультразвуковыми характеристиками. Знание этих критериев может облегчить раннее выявление данной патологии. Представленный клинический случай демонстрирует главенство УЗИ в диагностике АСУМ, на основании чего определяется тактика лечения, проводится планирование правильной последовательности проведения лечебных мероприятий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Naftalin J., et al. Imaging in gynecological disease (21): clinical and ultrasound characteristics of accessory cavitated uterine malformations. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2021;57(5):821–828.
2. Zhao C.Z., et al. Management of uterine cystic adenomyosis by laparoscopic surgery: case report. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):263.
3. Pontrelli G., et al. Rare case of giant cystic adenomyoma mimicking a uterine malformation, diagnosed and treated by hysteroscopy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015;41(8):1300–1304.
4. Takeuchi Hiroyuki, et al. Diagnosis, laparoscopic management, and histopathologic findings of juvenile cystic adenomyoma: a review of nine cases. *Fertility and Sterility*. 2010;94(3):862–868.
5. Grimbizis G.F., et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Human reproduction*. 2013;28(8):2032–2044.

6. Pfeifer S.M., et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertility and sterility*. 2021;116(5):1238–1252.
7. Graupera B. Accuracy of three-dimensional ultrasound compared with magnetic resonance imaging in diagnosis of Müllerian duct anomalies using ESHRE – ESGE consensus on the classification of congenital anomalies of the female genital tract. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46(5):616–622. <https://doi.org/10.1002/uog.14825>
8. Shah M.V., et al. Role of 3D coronal ultrasound in diagnosis of accessory and cavitated uterine mass: a rare müllerian anomaly. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2021;71(6):633–636. <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01474-1>
9. Batt R.E. Pathogenesis of a parauterine uterus-like mass: developmentally misplaced müllerian tissue – müllerianosis. *Fertility and sterility*. 2010;94(2):45.
10. Acién P., et al. The female gubernaculum: role in the embryology and development of the genital tract and in the possible genesis of malformations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011;159(2):426–432.
11. Barrett-Chan E., et al. Outcomes Post-laparoscopic Intervention for Accessory and Cavitated Uterine Masses: A Review and a Molecular Insight. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2025.
12. Timmerman S., et al. Accessory cavitated uterine malformation (ACUM): A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(6):1036–1045.
13. Chechneva M.A., Fedorov A.A., Sopova Yu.I., et al. Clinical case of diagnosis and treatment of a rare form of müllerian ductal malformation – ACUM (accessory and cavitated uterine mass). *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2023;23(4):83–87. <https://doi.org/10.17116/rosakush202323041832> (In Russian)
14. Kumari V., Datta M.R. Accessory Cavitated Uterine Malformation (ACUM): An Underdiagnosed, Treatable Cause of Dysmenorrhea. *Cureus*. 2024;16(12).