



Клинический случай синдрома OHVIRA в экстренной гинекологической практике: особенности дифференциальной диагностики

Л.В. Адамян¹, Е.В. Сибирская^{1,2,3,4}, С.А. Короткова³, Г.М. Тургунова³, Е.Г. Моксякова³,
Г.Т. Осипова³, А.Ю. Курмангалеева³, Е.Ю. Дорофеева⁵

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения
Российской Федерации; Россия, 127006 Москва, ул. Долгоруковская, д. 4;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
Россия, 117513 Москва, ул. Островитянова, д. 1;

³ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента
здравоохранения города Москвы»;
Россия, 119049 город Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9;

⁴Российская детская клиническая больница – филиал ФГАОУ ВО «Российский
национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации;
Россия, 119571 Москва, Ленинский проспект, д. 117, корп. 1;

⁵ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»;
Россия, 129010 Москва, Большая Сухаревская площадь, д. 3

Для контактов: Екатерина Юрьевна Дорофеева, e-mail: katedorofeeva01@mail.ru

Резюме

Синдром OHVIRA (Херлина-Вернера-Вундерлиха) представляет собой сочетание односторонней агенезии почки и полного удвоения матки и влагалища, встречается в популяции с частотой 0,1–3,8 %. В экстренной гинекологической практике, как правило, манифестирует в виде спонтанного опорожнения гематокольпоса, что требует проведения тщательной дифференциальной диагностики с аномальными маточными кровотечениями.

Мы предоставляем данную авторскую версию для обеспечения раннего доступа к статье. Эта рукопись была принята к публикации и прошла процесс рецензирования, но не прошла процесс редактирования, верстки, присвоения порядковой нумерации и корректуры, что может привести к различиям между данной версией и окончательной отредактированной версией статьи.

We are providing this an author-produced version to give early visibility of the article. This manuscript has been accepted for publication and undergone full peer review but has not been through the copyediting, typesetting, pagination and proofreading process, which may lead to differences between this version and the final typeset and edited version of the article.

Оптимальными методами исследования для постановки диагноза являются гинекологический осмотр, магнитно-резонансная томография, 3-D ультрасонография и эндоскопические исследования.

Ключевые слова: синдром OHVIRA, гематокольпос, аномальное маточное кровотечение

Для цитирования: Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Тургунова Г.М., Моксякова Е.Г., Осипова Г.Т., Курмангалеева А.Ю., Дорофеева Е.Ю. Клинический случай синдрома OHVIRA в экстренной гинекологической практике: особенности дифференциальной диагностики. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2026;[принятая рукопись]. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2026.790>.

Clinical case of OHVIRA syndrome in emergency gynecological practice: features of differential diagnosis

Leyla V. Adamyan¹, Elena V. Sibirskaya^{1,2,3,4}, Svetlana A. Korotkova³, Gulnoza M. Turgunova³,
Ekaterina G. Moksyakova³, Guzel T. Osipova³, Aliya Yu. Kurmangaleeva³,
Ekaterina Yu. Dorofeeva⁵

¹Russian University of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation;
4 Dolgorukovskaya Str., Moscow 127006, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova Str., Moscow, 117513, Russia;

³Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow Department of Health;
1/9 4th Dobryninsky Lane, Moscow 119049, Russia;

⁴Russian Children's Clinical Hospital – Branch of Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation;
117 bldg. 1, Leninsky Prospekt, Moscow 119571, Russia;

⁵Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow Healthcare Department;
3 bldg. 1, Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow 129010, Russia

Corresponding author: Ekaterina Yu. Dorofeeva, e-mail: katedorofeeva01@mail.ru

Abstract

OHVIRA syndrome (Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome) is a combination of unilateral renal agenesis and uterus didelphys with obstructed hemivagina, with populational prevalence comprising 0.1–3.8 %. In emergency gynecological practice, it typically manifests as spontaneous drainage of hematocolpos requiring conducting careful differential diagnosis with abnormal uterine bleeding. The optimal diagnostic methods include gynecological examination, magnetic resonance imaging, 3D ultrasonography, and endoscopic studies.

Keywords: OHVIRA syndrome, hematocolpos, abnormal uterine bleeding

For citation: Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Korotkova S.A., Turgunova G.M., Moksyakova E.G., Osipova G.T., Kurmangaleeva A.Yu., Dorofeeva E.Yu. Clinical case of OHVIRA syndrome in emergency gynecological practice: features of differential diagnosis. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcia = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2026;[accepted manuscript]. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2026.790>.

Основные моменты	Highlights
Что уже известно об этой теме?	What is already known about this subject?
Синдром OHVIRA – это редкий сочетанный порок развития мочеполовой системы, включающий агенезию почки и полное удвоение матки.	OHVIRA syndrome is a rare congenital anomaly of the urogenital system, characterized by renal agenesis and uterus didelphys.
Синдром OHVIRA может вести к различным осложнениям, включающим воспалительные заболевания органов малого таза, маточные кровотечения, бесплодие, привычное невынашивание беременности.	OHVIRA syndrome can lead to various complications, including pelvic inflammatory disease, uterine bleeding, infertility, and recurrent pregnancy loss.
Диагностика данного порока развития затруднена ввиду длительной асимптоматичности.	Diagnosis of this malformation is challenging due to prolonged asymptomatic course.
Что нового дает статья?	What are the new findings?
Представлен пример сложного диагностического поиска сочетанного порока развития в условиях экстренного детского стационара.	This case report illustrates a complex diagnostic search for a combined urogenital anomaly in a pediatric emergency setting.
Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?	How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?
Подчеркивается важность прицельного обследования девочек, предъявляющих жалобы на дисменорею, на амбулаторном этапе.	The case highlights the need for targeted screening of adolescent girls presenting with dysmenorrhea in outpatient settings.
Девочки с выявленными пороками развития мочевыводящей системы требуют особого внимания гинеколога.	Adolescent girls with identified urinary tract abnormalities require special gynecological attention.

Введение / Introduction

Полное удвоение матки представляет собой состояние, при котором формируются 2 несообщающиеся матки, каждая имеющая собственную шейку и нередко влагалищную полость [1, 2]. Частным случаем этой патологии является синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха (синдром OHVIRA), характеризующийся односторонней агенезией почки и полным удвоением матки с формированием одностороннего гематокольпоса.

Этиология данных аномалий до конца не выяснена, однако наиболее изученными механизмами их генеза являются нарушения закладки, слияния, канализации и реабсорбции мюллеровых протоков в период с 6 до 22 недель гестации либо их полной агенезии [2–4]. Повышенного внимания клинициста заслуживает следующая особенность: ввиду тесной связи формирования мочевой и половой систем в эмбриональном периоде, нередко сочетанные пороки их развития. Наиболее часто пороки мочевыводящей системы встречаются у пациенток с двурогой маткой (примерно у 29,5 %) и полным удвоением матки (29,1 %), а самым распространенным из этих ассоциированных пороков является

односторонняя агенезия почки (от 11,2 до 18,8 %). В то же время малые аномалии, такие как седловидная или дугообразная матка, редко сочетаются с нарушениями развития мочевыводящего тракта [5].

Клиницистами разработано множество классификаций пороков развития, связанных с аномалией мюллеровых протоков [1, 6, 7]. В настоящее время наиболее актуальной и часто используемой является классификация Американского общества репродуктивной медицины (англ. American Society for Reproductive Medicine, ARSM) 2021 г., в которой все нозологии разделены на 9 основных классов: 1) возникающие при агенезии мюллеровых протоков; 2) возникающие при агенезии шейки матки; 3) однорогая матка; 4) полное удвоение матки; 5) двурогая матка; 6) матка с перегородкой; 7) влагалище с поперечной перегородкой; 8) влагалище с продольной перегородкой; 9) сложные комбинированные аномалии [6].

Диагностика данной патологии предполагает прежде всего тщательный гинекологический осмотр пациентки и использование ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза как наиболее доступного в общеклинической практике [8]. Однако УЗИ зачастую не обладает достаточной специфичностью для адекватной визуализации аномального строения репродуктивных органов, особенно у пациенток, не живущих половой жизнью. Поэтому при наличии подозрений у врача-клинициста на первое место выступают эндоскопические методы диагностики, магнитно-резонансные исследования и контрастная гистеросальпингография. В последнее время в зарубежных источниках сообщается также о высокой эффективности 3D-ультрасонографии [9, 10].

Особую трудность в рутинной диагностике и лечении описываемых пороков мочеполовой системы представляет их длительная асимптоматичность либо наличие неспецифических симптомов, таких как дисменорея, циклические тазовые боли, диспареуния, меноррагии и бесплодие [11]. При этом неосведомленность пациенток и их лечащих врачей о диагнозе может приводить к тяжелым осложнениям, в том числе и во время беременности. Описаны случаи спонтанных абортов, сопровождающихся обильным кровотечением, напряженного гематокольпоса, привычного невынашивания беременности и атонии матки в раннем послеродовом периоде [2, 12, 13].

В случае полного удвоения матки дифференциальный диагноз производится с двурогой и однорогой маткой, перегородкой полости матки, образованиями органов малого таза, однако, в отличие от этих состояний, при полном удвоении наблюдается повышенная склонность к образованию напряженного гематокольпоса [3].

Клинический случай / Clinical case

Пациентка Н., 12 лет, поступила в гинекологическое отделение ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез жизни / Patient history

Ребенок от первой беременности, первых самостоятельных срочных родов, при рождении рост 68 см, масса тела – 3840 г, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Привита по календарю. Перенесла острые респираторные вирусные инфекции и ветряную оспу. Хронические заболевания – астигматизм и выявленная в антенатальном периоде агенезия правой почки, по поводу чего у врача не наблюдается. Наследственность неотягощена.

Анамнез заболевания / Medical history

Со слов ребенка в течение последних 3 месяцев испытывает периодические тянущие боли внизу живота, чувство распирания, особенно усиливающиеся во время менструации (менархе 6 месяцев назад). Обращалась к педиатру и гинекологу амбулаторно; выполнено УЗИ органов малого таза и брюшной полости: без признаков патологии, выставлен диагноз дисменорея. Назначены нестероидные противовоспалительные препараты и циклическая витаминотерапия, без выраженного положительного эффекта. Утром в день поступления боли усилились, появились обильные кровянистые выделения из половых путей (около 5 прокладок в течение часа), в связи с чем была вызвана бригада скорой помощи. Температура не повышалась.

Госпитализация / Admission details

Состояние на момент поступления средней степени тяжести. Ребенок стабилен, признаки геморрагического шока отсутствуют. Из половых путей обильные густые кровянистые выделения коричневого цвета.

Гинекологический статус / Gynecological examination

Менструации с 11 лет, через 37–38 дней, умеренные, болезненные. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно, гимен бахромчатый, слизистая вульвы чистая, без признаков воспаления. При пальцевом ректальном исследовании матка не увеличена, чувствительна при пальпации, дополнительно излилось до 15 мл густых коричневатых выделений. По данным УЗИ в приемном отделении: матка нормальных размеров, признаки гематокольпоса, гематометры небольшого объема (полость матки расширена до 10 мм, заполнена неоднородным содержимым). Госпитализирована в экстренном порядке.

Результаты обследования / Diagnostic findings

В отделении гинекологии произведен осмотр в детских зеркалах: визуализировано напряженное выбухание стенки влагалища по передней стенке с участком перфорации, из которого истекают коричневатые густые выделения. Также выполнено повторное УЗИ,

обнаружены эхографические признаки полного удвоения матки с расширением рудиментарной шейки справа. Правое тело – 53×32 мм, эндометрий толщиной 4 мм, шейка расширена до 20 мм на протяжении 6–7 см, ее нижний полюс определяется на 2 см от уровня промежности. Левое тело – 44×27 мм, эндометрий толщиной 5 мм, шейка и влагалище не расширены (рис 1, 2).

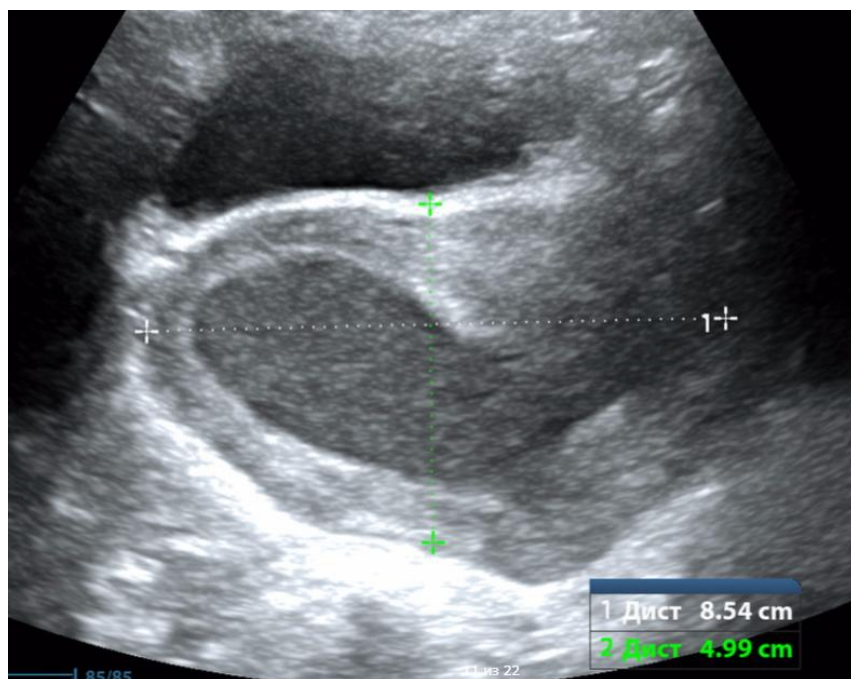


Рисунок 1. Пациентка Н. Ультразвуковая картина расширенной полости матки, заполненной старой менструальной кровью.

Figure 1. Patient N. The ultrasound image of dilatated uterus cavity, filled with old menstrual blood.

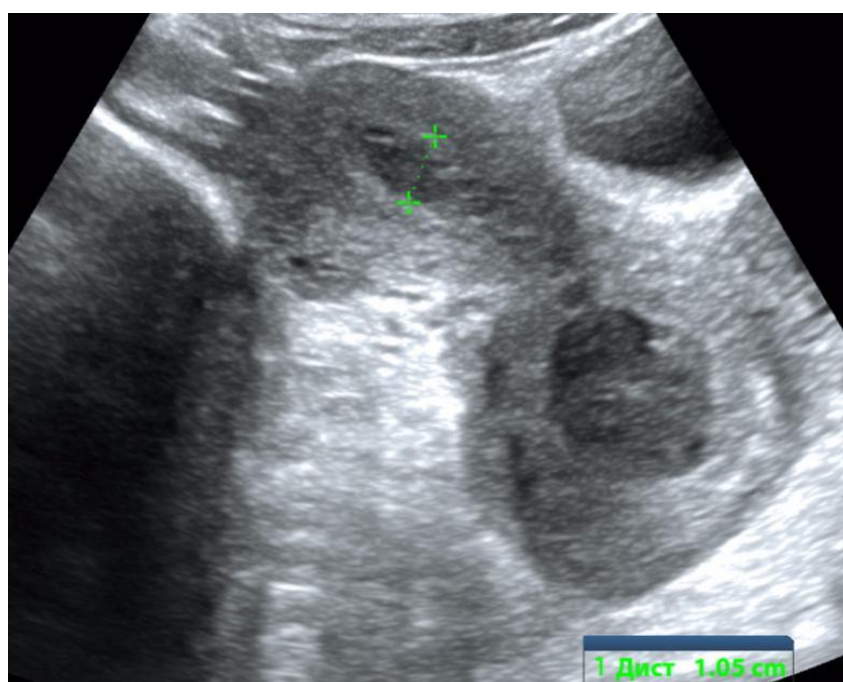


Рисунок 2. Пациентка Н. Ультразвуковая картина полного удвоения матки.

Figure 2. Patient N. The ultrasound image of uterus didelphys.

Выставлен клинический диагноз: Порок развития мочеполовой системы. Полное удвоение матки. Гематокольпос верхней трети рудиментарного влагалища справа. Гематоцервикс справа. Агенезия правой почки. Синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха. Девочка получала гемостатическую и симптоматическую терапию препаратами этамзилат, окситоцин, дротаверин с выраженным положительным эффектом. Достигнут полный гемостаз, выбухание в области стенки влагалища не определяется. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

Оперативное лечение / Operative treatment

Через месяц после первичного обращения выполнено плановое оперативное вмешательство (**рис 3**). В ходе операции выполнена диагностическая лапароскопия: обнаружена удвоенная матка нормальных размеров, розовая. Выполнен осмотр в зеркалах: по передней стенке влагалища больше справа визуализируется выраженное выбухание стенки влагалища – гематокольпос рудиментарного влагалища справа. Произведена пункция рудиментарного влагалища толстой иглой, получена темная кровь. Стенка влагалища рассечена между зажимами. Гематокольпос опорожнился, излилось около 200 мл темной, густой крови, произведена аспирация содержимого. Сформирован вход в рудиментарное влагалище справа размерами до 2,0 см. На края раны наложены отдельные узловые швы Полисорб №3,0. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на третьи сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога амбулаторно.

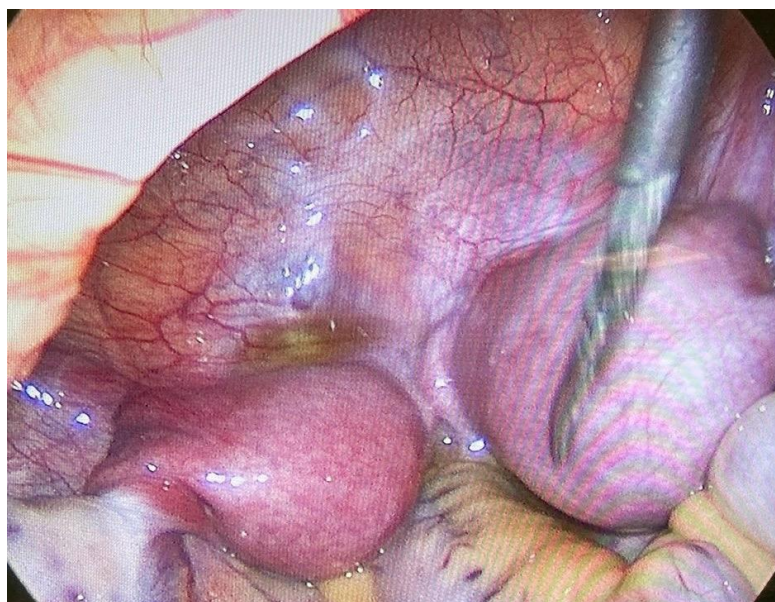


Рисунок 3. Пациентка Н. Интраоперационная лапароскопическая картина органов малого таза, визуализируется полное удвоение матки.

Figure 3. Patient N. Intraoperative laparoscopic picture of the pelvic organs revealed uterus didelphys.

Обсуждение / Discussion

Синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха является одним из наиболее редко встречаемых пороков развития, описываемых в классификации ARSM, в связи с чем тяжело установить его распространенность в структуре гинекологической заболеваемости города Москвы. Согласно данным литературы, популяционная частота составляет 1 на 2000–28000 женского населения [14]. Из сочетанных аномалий развития мочевыводящей системы наиболее часто выявляется агенезия правой почки [15]. Согласно исследованиям, размещенным в PubMed, первые симптомы – абдоминальные боли, дисменорея и пальпируемое образование малого таза — проявляются в диапазоне с 13 до 25 лет, в большинстве случаев через непродолжительное время спустя менархе [6, 16].

В 2015 г. L. Zhu с соавт. предложена классификация пациенток с синдромом OHVIRA на основании наличия полной или неполной перегородки между двумя влагалищами и сообщения между полостями матки. Всего выделено 4 основных типа [17]:

- отсутствует связь между полостями матки и влагалищами; у таких пациенток патология проявляется в течение нескольких месяцев после менархе;
- одна из шеек переходит в слепо заканчивающееся влагалище; симптоматика аналогична первому типу;
- у данного типа присутствует сообщение между двумя влагалищами, вследствие чего обе полости матки опорожняются, и симптомы могут не проявляться в течение нескольких лет;
- вагинальная перегородка полная, но существует сообщение между двумя шейками; симптомы аналогичны предыдущему типу.

Рассмотренный нами клинический случай относится к типу 1.2, у ребенка обнаружены слепо заканчивающееся влагалище, напряженный гематокольпос, симптомы проявились в течение первых полугода после менархе.

При анализе зарубежных работ в PubMed найдено несколько систематических обзоров, описывающих диагностику и лечение синдрома OHVIRA [18–21]. Большинство авторов отмечают, что дифференциальную диагностику следует производить с аномальным маточным кровотечением, патологиями желудочно-кишечного тракта, опухолевыми

образованиями малого таза, атрезией влагалища, а также другими видами пороков мочеполовой системы [22]. Аномальные маточные кровотечения характеризуются обильными кровянистыми выделениями, как и при внезапном опорожнении гематокольпоса, но «старая» менструальная кровь имеет коричневатый цвет, вязкую и однородную структуру. Наличие абдоминального болевого синдрома при формировании гематокольпоса зачастую уводит диагностический поиск в сторону кишечной патологии, но при полном удвоении матки боли имеют циклический характер, связанный с менструацией. При полной атрезии влагалища может наблюдаться схожая с синдромом OHVIRA клиническая картина (болезненность в нижних отделах живота и пальпируемое увеличение матки), однако в этом случае менархе не наступает. Синдром OHVIRA зачастую является трудно отличимым от других аномалий развития мюллеровых протоков, однако наличие односторонней агенезии почки является специфическим признаком данной патологии. Дифференциальная диагностика производится с помощью гинекологического осмотра, УЗИ-методов исследования, магнитно-резонансной томографии, эндоскопии, возможно проведение диагностической лапароскопии.

Заключение / Conclusion

Диагностика и лечение пороков мочеполовой системы, связанных с нарушением формирования мюллеровых протоков, являются одной из сложнейших задач гинекологии подросткового и детского возраста. В этой группе наиболее часто встречаемой обструктивной аномалией является синдром OHVIRA (Херлина-Вернера-Вундерлиха). Клинически данная патология как правило манифестирует после менархе, что требует особенно тщательного обследования девочек на этапе полового созревания, особенно предъявляющих жалобы на хронические тазовые боли и дисменорею. Для постановки диагноза применяются УЗИ, магнитно-резонансная томография, эндоскопические исследования и диагностическая лапароскопия.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 20.06.2026. В доработанном виде: 14.07.2026. Принята к печати: 22.07.2026. Опубликована: 29.07.2026.	Received: 20.06.2026. Revision received: 14.07.2026. Accepted: 22.07.2026. Published: 29.07.2026.
Вклад авторов	Author's contribution
Все авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных.	All authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.	The authors declare no conflict of interests.
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки.	The authors declare no funding.

Согласие пациента	Patient consent
Получено.	Obtained.
Этические аспекты	Ethics declarations
Ведение пациента осуществлялось в полном соответствии с этическими принципами, включая положения Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (пересмотр 2013 г.).	Patient management was conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (as revised in 2013).
Комментарий издателя	Publisher's note
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ИРБИС (ООО «ИРБИС»). Издательство ИРБИС снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации.	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS Publishing disclaims any responsibility for any injury to peoples or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content.
Права и полномочия	Rights and permissions
ООО «ИРБИС» обладает исключительными правами на эту статью по Договору с автором (авторами) или другим правообладателем (правообладателями). Использование этой статьи регулируется исключительно условиями этого Договора и действующим законодательством.	IRBIS LLC holds exclusive rights to this paper under a publishing agreement with the author(s) or other rightsholder(s). Usage of this paper is solely governed by the terms of such publishing agreement and applicable law.

Литература / References:

1. 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):425–32. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2023-6-4-16>.
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Pivazyan L.G. et al. Developmental anomalies of the female genital tract from classifications to diagnosis: current issue state. *RMZh. Mat' i ditya*. 2023;6(4):425–32. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2023-6-4-16/>.
2. Rezai S., Bisram P., Alcantara I.L. et al. Didelphys uterus: A case report and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015;2015:865821. <https://doi.org/10.1155/2015/865821>.
3. Che Musa A.A., Husin M.H., Aziz M.E. et al. Undiagnosed uterine didelphys, concomitant right renal agenesis, and left nephrolithiasis in a primigravida with breech pregnancy: A case report. *Cureus*. 2024;16(7):e65573. <https://doi.org/10.7759/cureus.65573>.
4. 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;(4):36–40.
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Arslanyan 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. Obuchenie*. 2015;(4):36–40. (In Russ.).
5. Heinonen P.K. Renal tract malformations associated with Müllerian duct anomalies. *Clin Obstet Gynecol Reprod Med*. 2018;4(1):2–5. <https://doi.org/10.15761/COGRM.1000207>.

6. Buttram V.C, Gibbons W.E. Müllerian anomalies: a proposed classification. An analysis of 144 cases. *Fertil Steril*. 1979;32(1):40–6. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)44114-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)44114-2).
7. Kobayashi A., Behringer R.R. Developmental genetics of the female reproductive tract in mammals. *Nat Rev Genet*. 2003;4(12):969–80. <https://doi.org/10.1038/nrg1225>.
8. Шарков С.М., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О., Щукина Н.Д. Организация мероприятий по профилактике и ранней диагностике гинекологических заболеваний детей и подростков. *Российский педиатрический журнал*. 2019;22(1):38–41. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2019-22-1-38-41>.
- Sharkov S.M., Sibirskaya E.V., Tarbaya N.O., Shchukina N.D. Organization of measures for the prevention and early diagnosis of gynecological diseases in children and adolescents. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2019;22(1):38–41. (In Russ.). <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2019-22-1-38-41>.
9. Pfeifer S.M., Attaran M., Goldstein J. et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril*. 2021;116(5):1238–52. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.025>. Erratum in: *Fertil Steril*. 2023;119(6):1088. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.04.001>.
10. Fox N.S., Roman A.S., Stern E.M. et al. Type of congenital uterine anomaly and adverse pregnancy outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27:949–53. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.847082>.
11. Passos I.M.P.E., Britto R.L. Diagnosis and treatment of müllerian malformations. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2020;59(2):183–8. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.003>.
12. Acién P., Acién M. The presentation and management of complex female genital malformations. *Hum Reprod Update*. 2016;22:48–69. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv048>.
13. Ćwiertnia A., Borzyszkowska D., Golar A. et al. The impact of uterus didelphys on fertility and pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10571. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710571>.
14. Алиева К.Х., Кохреидзе Н.А., Сухоцкая А.А. и др. Синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха в препубертатном периоде (обзор литературы и клинические наблюдения). *Андрология и генитальная хирургия*. 2020;21(4):60–7. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2020-21-4-60-67>.

Alieva K.Kh., Kokhraidze N.A., Sukhotskaya A.A. et al. Herlyn–Werner–Wunderlich syndrome in the prepubescent period (literature review and clinical observations). *Andrologiya i genital'naya hirurgiya*. 2020;21(4):60–7. (In Russ.). <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2020-21-4-60-67>.

15. Vercellini P., Daguati R., Somigliana E. et al. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertil Steril*. 2007; 87 (Suppl. 4): 719-724.
16. Angotti R., Molinaro F., Bulotta A.L. et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: an “early” onset case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2015;11:59–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.04.027>.
17. Zhu L., Chen N., Tong J.-L. et al. New classification of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome. *Chin Med J (Engl)*. 2015;128(Suppl 2):222–25. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.149208>.
18. Wdowiarz K., Skrajna A., Reinholz-Jaskólska M. Diagnosis and treatment of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report. *Prz Menopauzalny*. 2021;20(1):52–6. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.104034>.
19. Smith N.A., Laufer M.R. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: management and follow-up. *Fertil Steril*. 2007;87(4):918–22. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.015>.
20. Kapczuk K., Friebe Z., Iwaniec K., Kedzia W. Obstructive Müllerian anomalies in menstruating adolescent girls: a report of 22 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(3):252–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.09.013>.
21. Kim T.H., Lee H.H., Byun D. Unusual case of OHVIRA syndrome with a single uterus, unrecognized before labor and followed by an intrapartum rupture of obstructed hemivagina. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(5):1049–50. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3426-y>.
22. Адамян Л.В., Богданова Е.А., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В. Абдоминальный синдром у детей и подростков вследствие гинекологической патологии. Ошибки диагностики и лечения. *Акушерство и гинекология*. 2012;(2):96–101.
Adamyan L.V., Bogdanova E.A., Glybina T.M., Sibirskaya E.V. Childhood and adolescence abdominal syndrome due to gynecological pathology. Diagnostic and treatment errors. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2012;(2):96–101. (In Russ.).

Сведения об авторах / About the authors:

Адамян Лейла Владимировна, д.м.н., проф., академик РАН / **Leyla V. Adamyan**, MD, Dr Med Sci, Prof, Academician of RAS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3253-4512>. Scopus Author ID: 7006372422. WoS ResearcherID: T-4156-2017. eLibrary SPIN-code: 9836-271.

Сибирская Елена Викторовна, д.м.н., проф. / **Elena V. Sibirskaya**, MD, Dr Sci Med, Prof. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4540-6341>. Scopus Author ID: 57193231362. WoS ResearcherID: KFS-7201-2024. eLibrary SPIN-code: 1356-9252.

Короткова Светлана Анатольевна / Svetlana A. Korotkova, MD. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-1086-8773>.

Тургунова Гульноза Мурадждоновна, к.м.н. / Gulnoza M. Turgunova, MD, PhD. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-9029-9362>. Scopus Author ID: 57218556481. eLibrary SPIN-code:
1433-2880.

Моксякова Екатерина Геннадьевна / Ekaterina G. Moksyakova, MD. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-4607-4307>.

Осипова Гузель Тагировна, к.м.н. / Guzel T. Osipova, MD, PhD. ORCID: ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-6068-0330>. Scopus Author ID: 57210874000. eLibrary SPIN-code:
8980-0414.

Курмангалеева Алия Юнусовна / Aliya Yu. Kurmangaleeva, MD. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-2348-1607>. eLibrary SPIN-code: 2739-8291.

Дорофеева Екатерина Юрьевна, / Ekaterina Yu. Dorofeeva, MD. E-mail:
katedorofeeva01@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6424-5031>.