

4. Выбор тактики лечения зависит от наличия симптомов и степени компрессии артерии: от динамического наблюдения при бессимптомном течении до хирургической коррекции при тяжелых формах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Standring, S. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice / S. Standring. – 42nd ed. – London : Elsevier, 2020. – 1584 p.

2. Миокардиальные мостики коронарных артерий / С. В. Дечко, О. И. Климко, А. В. Пилимон [и др.] // 10-я школа практического кардиолога : сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Минск, 5–6 ноября 2015 г. / под ред. Н. П. Митьковской. – Минск, 2015. – С. 77–82.

3. Sternheim, D. Myocardial bridging: diagnosis, management, and prognosis / D. Sternheim, R. R. Power, H. Samady // Interventional Cardiology Clinics. – 2020. – Vol. 9, № 2. – P. 171–182.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МАТКИ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ

Самойло Л.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. Матка является, возможно, наиболее динамичной структурой в анатомии человека. На протяжении жизни женщины этот орган претерпевает значительные изменения размеров, формы и топографии, которые зависят от возраста, гормонального статуса и репродуктивной функции [1, с. 393]. Понимание нормальной возрастной анатомии матки необходимо для интерпретации данных лучевых методов диагностики (ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии) и своевременного выявления патологических состояний.

Цель. Изучить возрастные и репродуктивные изменения анатомии матки на протяжении жизни женщины, а также оценить их клиническое значение.

Результаты и их обсуждение.

При рождении матка относительно велика и имеет взрослые пропорции (соотношение тела к шейке матки=2:1) под влиянием материнских гормонов (рисунок 1А) [2, с. 1080]. Через несколько недель после рождения под действием эстрогенов матери достигаются детские размеры и пропорции: приблизительно одинаковая длина тела и шейки матки (соотношение 1:1), при этом шейка матки имеет больший диаметр (толщину) (рисунок 1В). Из-за небольшого размера тазовой полости в детском возрасте матка является преимущественно брюшным органом. Шейка матки остается относительно большой (приблизительно 50% от длины общей матки) на протяжении всего детства [1, с. 394; 3, с. 245].

В период полового созревания матка (особенно ее размеры) снова приобретает пропорции взрослого человека (рисунок 1С). Увеличивается тело матки, соотношение тела к шейке достигает 2:1. Начинаются циклические изменения эндометрия под действием собственных гормонов [3, с. 246].

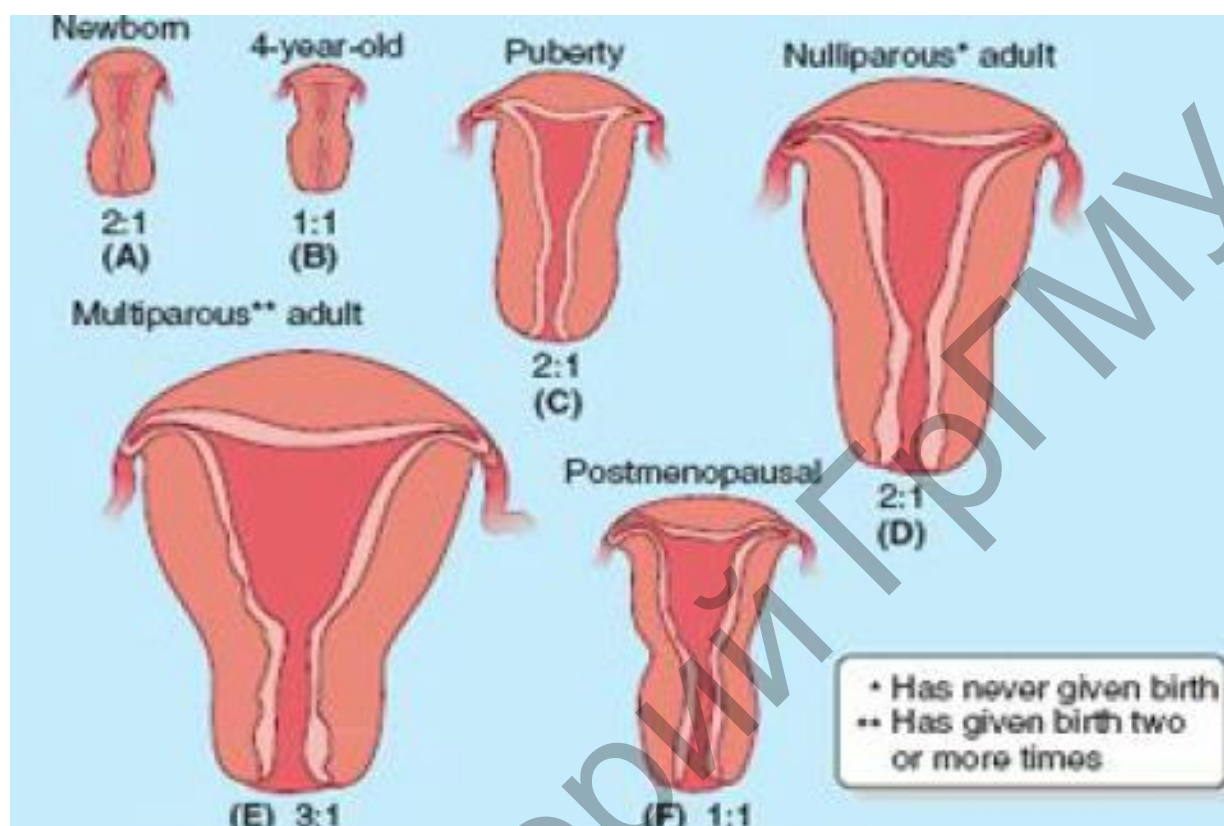


Рисунок 1 – Относительные размеры матки в различные возрастные периоды
 А – новорожденная; В – детство; С – период полового созревания;
 D – репродуктивный период; F – период после менопаузы

У женщин в постпубертатном, предменопаузальном, небеременном периоде тело матки имеет грушевидную форму, а толстые стенки матки позволяют ей располагаться в тазовой полости (рисунок 1D). В этот период жизни матка ежемесячно претерпевает изменения в размере, весе и плотности в зависимости от фазы менструального цикла [4, с. 87].

В течение 9 месяцев беременности матка значительно расширяется, чтобы вместить плод, становясь больше и все более тонкостенной (рисунок 2). В конце беременности матка опускается, поскольку головка плода занимает нижний отдел малого таза. Матка становится почти мембранозной, дно ее достигает наивысшего уровня на 9-м месяце, после чего оно выдвигается вверх до реберного края, занимая большую часть брюшной и тазовой полостей (рисунки 2, 3G) [1, с. 395; 2, с. 1081].

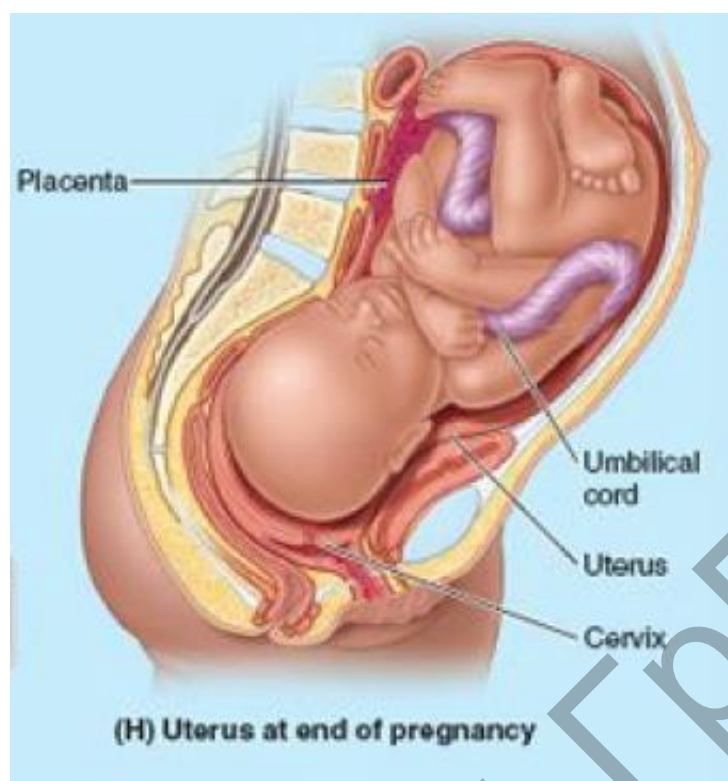


Рисунок 2 – Матка в конце беременности (вид спереди)

Сразу после родов матка утолщается и отекает (рисунок 3I), но ее размеры быстро уменьшаются. Полное восстановление размеров матки происходит к 6–8 неделям после родов. Многорожавшая небеременная матка имеет более крупное узловатое тело и обычно выступает в нижнюю часть брюшной полости, часто вызывая небольшое выпячивание нижней брюшной стенки у худых женщин (рисунок 3J) [2, с. 1082].

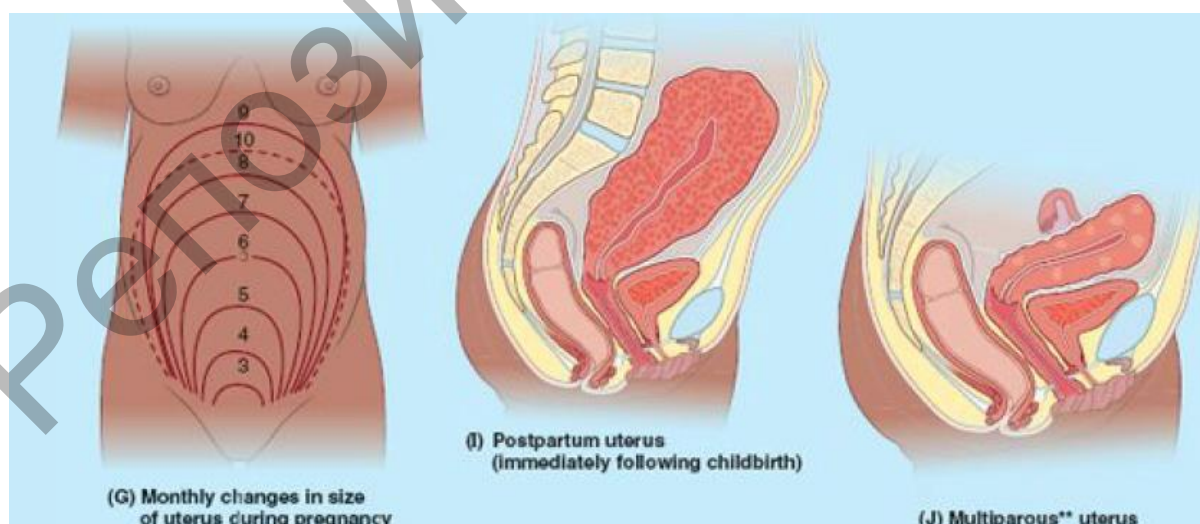


Рисунок 3 – Изменения размеров матки в течение беременности и после родов:
 G – 9 месяцев беременности; I – сразу после родов;
 J – многорожавшая небеременная матка

В период менопаузы (46–52 года) матка (особенно тело) уменьшается в размерах. После менопаузы матка подвергается инволюции и регрессирует до значительно меньших размеров, чем в детстве. Происходит атрофия миометрия и эндометрия, снижается васкуляризация органа (рисунок 1: F). Все эти стадии представляют собой нормальную анатомию для конкретного возраста и репродуктивного статуса женщины [1, с. 396; 4, с. 88].

Выводы.

1. Матка претерпевает значительные возрастные и репродуктивные изменения: от относительно больших размеров у новорожденных через детскую инволюцию к увеличению в период полового созревания и беременности и последующей инволюции в постменопаузе.

2. Понимание нормальной возрастной анатомии матки необходимо для правильной интерпретации данных инструментальных методов диагностики и дифференциальной диагностики с патологическими состояниями (миома матки, эндометриоз, злокачественные новообразования).

3. Знание анатомических изменений матки в различные возрастные периоды позволяет врачу выбрать правильную тактику ведения пациентки и своевременно заподозрить отклонения от возрастной нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Moore, K. Clinically Oriented Anatomy / K. Moore, A. Dalley, A. Agur. – 7th ed. – New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2012. – P. 393–395.

2. Standing, S. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice / S. Standing. – 42nd ed. – London : Elsevier, 2020. – 1584 p.

3. Гинекология : национальное руководство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1008 с.

4. Адамян, Л. В. Аномалии развития матки и влагалища / Л. В. Адамян, З. Н. Макиян, В. М. Кулаков. – Москва : Медицина, 2019. – 320 с.

SITUS INVERSUS TOTALIS С ОЧАГОВЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

Сацута П.П., Гусев Р.В., Волчкевич Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

Введение. Situs inversus totalis является редким врожденным заболеванием, при котором происходит полное зеркальное отражение органов грудной и брюшной полостей. В доступной литературе имеется ограниченная информация о лечении пациентов с очаговым пневмофиброзом при situs inversus totalis.

Цель исследования. Изучить и проанализировать клинический случай situs inversus totalis в сочетании с очаговым пневмофиброзом верхней доли левого легкого, а также **исследовать** закономерности между situs inversus totalis и другими заболеваниями.