

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.

Материалы исследования. Анализ литературы по теме исследования и ретроспективный анализ истории болезни пациента с situs inversus totalis.

Результаты и их обсуждение. Situs inversus totalis (SIT) – редкий вариант аномалии, при котором основные внутренние органы (сердце, печень, желудок) имеют зеркальное расположение по сравнению с обычным нормальным положением. Из-за того, что органы находятся зеркально, такого пациента называют «человеком с зеркальным лицом» («mirror face person») [1, с. 25].

В больницу обратился мужчина 66 лет в связи с жалобами на одышку.

У пациента появилась и в течение трех месяцев нарастала одышка, он был обследован по месту жительства – выявлен очаг в левом легком, после чего был госпитализирован. По итогам КТ было обнаружено умеренное увеличение участка консолидации в верхней доле левого легкого, с признаком тракционного расширения подходящего бронха. Очаговые уплотнения в обоих легких без динамики. Диффузная эмфизема обоих легких смешанного характера. Наличие у пациента SIT осложнило диагностику, так как в левом легком было обнаружено 3 доли, в связи с чем у врачей появилось предположение о неверном расположении пациента при проведении КТ. Однако после того, как врачи уточнили у пациента наличие SIT, такие предположения отпали. В ходе осмотра хирурга был поставлен диагноз «очаговый пневмофиброз верхней доли левого легкого». Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание. ЧД – 16 в мин. Пульс – 76 ударов в мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Шейные, надключичные, подмышечные л/узлы не увеличены. С учетом крайне низких функциональных резервов (объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) составил 44% от должного на фоне бронхолитиков, низкой толерантности к физическим нагрузкам со стороны дыхательной системы) хирургическое лечение функционально непереносимо. В связи с этим пациент был направлен на курсы лучевой терапии в течение 8 дней. По итогам лечения общее состояние пациента удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Периферические л/у пальпаторно не определяются. Отеков на момент осмотра нет. Дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 80/мин. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Был выписан из больницы с тем же диагнозом без перемен.

SIT встречается сравнительно редко. Хотя SIT, как правило, не вызывает дефектов функции органов и не влияет на повседневную жизнь, он может значительно повлиять на диагностику и хирургическое лечение висцеральных заболеваний. Кроме того, SIT часто выявляется в сочетании с онкологическими заболеваниями [1, с. 26]. Также известны случаи сочетания SIT с тетрадой Фалло (TOF). Несмотря на очень редкую коморбидность TOF и SIT, возможно сочетание психических расстройств с обоими этими врожденными заболеваниями.

SIT является клинически редким заболеванием с частотой около 1:10000 в общей популяции [1, с. 24].

На ранних стадиях развития эмбрион симметричен, обе стороны идентичны. На 18-й день беременности начинает формироваться сердце с появлением парных сердечных трубок. Примерно на 22-й день беременности сердечные трубки удлиняются и поворачиваются вправо, то есть образуется «петля сердца». Это первый признак асимметрии у эмбриона, и многие исследователи считают, что именно он ответственен за вращение и дальнейшую миграцию внутренних органов [2, с. 18]. Верхушка сердца перемещается с правой стороны грудной полости на левую в течение следующих 10–12 дней, к этому времени большая часть сердца находится в левой части грудной клетки. SIT возникает, если сердечные трубки вращаются влево: тогда расположение сердца и других внутренних органов представляет собой зеркальное отражение нормального расположения.

Некоторые исследования показали, что хромосомные аномалии во время эмбрионального развития, а именно делеции 7 и 8 хромосомы, приводят к SIT [1, с. 25].

Некоторые авторы сообщают о том, что SIT возникает на почве других аномалий и синдромов, проявляющихся в неонатальном периоде [2, с. 19]. Частота таких случаев составляет 1:20 000 – 68 000.

В настоящее время пациенты с SIT и фоновыми заболеваниями, проходящие хирургическое лечение, встречаются редко.

Методы диагностики SIT различны. У новорожденных данная аномалия диагностируется только после рентгенологического обследования по поводу респираторного дистресса или по другой причине. На рентгенограмме грудной клетки выявляется декстрокардия, что приводит к дальнейшему кардиологическому обследованию, включая эхокардиограмму.

После обследования сердца и расположения основных артерий и вен проводится УЗИ брюшной полости с целью определения расположения органов брюшной полости. В ходе физикальной оценки младенцев с SIT выявляется, что сердечная точка максимального импульса (PMI) находится в пятом межреберье по правой среднеключичной линии, а печень пальпируется в брюшной полости слева.

Однако чаще всего SIT диагностируется уже в детском или юношеском возрасте при проведении УЗИ, КТ и МРТ, причем преимущественно случайно, во время диагностики иной патологии. Декстрокардия как одна из составляющих SIT диагностируется при аускультации. Однако нередки случаи, когда врачи воспринимают плохо прослушивающиеся шумы сердца в том месте, где оно обычно располагается, как патологию, что может привести к ошибочному лечению несуществующего заболевания.

Выводы. Situs inversus totalis является особым заболеванием, которое может затруднять диагностику и лечение многих других заболеваний. Дальнейшие исследования SIT остаются актуальными на сегодняшний день и являются перспективными при выборе методов диагностики и способов лечения многих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chen, L. J. Two types of lung cancer with situs inversus totalis: a case report and review of the literature / L. J. Chen, X. Qiu, H. Sun // Journal of International Medical Research. – 2020. – Vol. 48, № 1. – P. 24-26
2. Spoon, J. M. Situs inversus totalis / J. M. Spoon // Neonatal Network. – 2001. – Vol. 12, № 2. – P. 17-20.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛНОГО УДВОЕНИЯ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ

Семеняго С.А.¹, Семеняго Е.Ф.²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека
Гомель, Беларусь

Введение. Одним из проявлений анатомической variability венозного русла человека является удвоение бедренной вены (БВ). Данное состояние представляет высокую клиническую значимость, т.к. наличие второго магистрального венозного ствола может сглаживать либо полностью нивелировать клиническую картину при тромбозе БВ, приводя к бессимптомному течению заболевания. Кроме того, при выполнении ультразвукового (УЗ) исследования врач может визуализировать проходимый венозный ствол и не обнаружить тромб во втором стволе, что приведёт к диагностической ошибке. Постановка ложноотрицательного результата в данном случае приведёт к отсрочке лечения и увеличит риск развития опасного состояния – тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) [1, с. 327]. В силу этого, выявление и описание случаев удвоения БВ представляет высокий интерес.

Цель. Описание топографии и оценка случая удвоения БВ, обнаруженного в ходе УЗ исследования пациента.

Методы исследования. Пациент мужского пола в возрасте 22 лет без венозной патологии был обследован методом УЗ дуплексного сканирования на аппарате экспертного класса Mindray с использованием линейного датчика по стандартному протоколу исследования вен нижних конечностей (НК). Исследование проводилось как в продольной, так и в поперечной плоскости сканирования при положении пациента стоя. Отсутствие патологии оценивалось в В-режиме по наличию эхонегативного просвета в центре вены и толщине стенок не более 2 мм с гладкой внутренней поверхностью без пристеночных наложений. Случай был выявлен в рамках диссертационного исследования, проводимого на кафедре анатомии человека Гомельского государственного медицинского университета.

Результаты и их обсуждение. БВ является магистральным венозным сосудом, обеспечивающим основной отток от НК. Это прямое продолжение