

## ЛИТЕРАТУРА

1. Congenital absence of the left external iliac vein with anomalous venous connection in a pediatric patient / R. Guinto, V. Marcucci, V. Staab, V. Jain // J Vasc Surg Cases Innov Tech. – 2023. – Vol. 9, № 2. – Art. 101134.
2. Treatment of externaliliac veins agenesis: Case report / V. M. Campos, F. M. Campos, V. Bertoldi [et al.] // J Clin Images Med Case Rep. – 2022. – Vol. 3, № 1. – P. 1–4.
3. Kutsal, A. Right iliac vein agenesis, varicosities, and widespread hemangiomas: Report of a rare case. / A. Kutsal, T. D. Lampros, A. Cobanoglu // Tex Heart Inst J. – 1999. – Vol. 26, № 2. – P. 149–151.
4. Anatomical patterns and collateral pathways in congenital aplasia, atresia, and hypoplasia of iliac and lower extremity veins: a retrospective cohort study / P. Sun, H. Wang, W. Xu [et al.] // Surg Radiol Anat. – 2026. – Vol. 48, № 1. – P. 30-34.

## МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МАТКИ ПРИ МИОМЕ У ЖЕНЩИН ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Коваленко В. В., Шестерина Е. К., Коваленко Н. Д.

*Гомельский государственный медицинский университет  
Гомель, Республика Беларусь*

**Актуальность.** В настоящее время возрастает количество женщин с установленным диагнозом миома матки. Миома – доброкачественная опухоль, которая развивается из гладкомышечной ткани тела или шейки матки. По международной классификации FIGO выделяют 8 типов миом, которые по локализации узлов подразделяются на субмукозные (подслизистые), интрамуральные (внутристеночные), субсерозные (подбрюшинные), специфические (локализуются в шейке матки или связках). Тип 0 – субмукозный узел на ножке, который полностью находится в полости матки. Тип 1 – субмукозный узел выступает в полость матки более чем на 50%. Тип 2 – субмукозный узел выступает в полость матки менее чем на 50%. Тип 3 – узел полностью находится в миометрии матки, но прилегает к эндометрию. Тип 4 – узел расположен только в мышечном слое. Тип 5 – интрамурально-субсерозный узел, который выступает наружу на поверхности матки менее чем на 50%. Тип 6 – субсерозный узел, который выступает наружу на поверхности матки более чем наполовину. Тип 7 – субсерозный узел на ножке, который полностью находится над поверхностью матки. Тип 8 – миома, которая имеет специфическую локализацию [2-4]. Как следствие возникновения миомы могут быть: сильные кровотечения, сдавливание рядом расположенных органов, анемия, бесплодие, проблемы с вынашиванием беременности [1, с. 199]. Данная патология значительно портит качество жизни женщины. Миома матки является одним из наиболее

распространенных диагнозов доброкачественных новообразований. Причиной возникновения считаются гормональные нарушения, поздние роды или их отсутствие, стресс [5, с. 195].

**Цель.** Изучить частоту встречаемости миомы по FIGO у женщин г. Гомеля. Проанализировать размеры и особенности матки в норме и при патологии.

**Методы исследования.** На базе учреждения ГУЗ «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал 6 был проведен ретроспективный анализ 60 амбулаторных карт пациентов женского пола в возрасте от 21 года до 74 лет. Сплошным методом выборки было выбраны и проанализированы данные 30 женщин с отсутствием патологии матки (группа I) и 30 женщин с подтвержденным диагнозом «миома матки» (группа II). Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение «Microsoft Excel 2016».

Данные представлены в виде среднего арифметического стандартного отклонения и медианы.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст женщин исследуемой группы составил 44,6 лет, группы сравнения – 46,7 лет. Возраст женщин с впервые выявленным диагнозом миомы матки в среднем составил 44 года.

В группе I объем матки составил в среднем 35,92 см<sup>3</sup>. В группе II – 121,08 см<sup>3</sup>.

Таблица 1 – Размеры матки в норме и при патологии

| Группы                            | Средняя длина матки, мм | Средняя ширина матки, мм | Средний переднезадний размер, мм |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Группа 1<br>(матка без патологии) | 45,46                   | 44,11                    | 34,26                            |
| Группа 2<br>(матка с миомой)      | 58,74                   | 66,43                    | 59,33                            |

Результат анализа исследуемых групп показал, что наиболее часто встречающимися являются интрамуральные миоматозные узлы, расположенные в мышечном слое матки (тип 4 по FIGO) и составляющие 66,7% от всей выборки. Интрамурально-субсерозно расположенные узлы (тип 5 по FIGO) встречаются в 40% случаев, субсерозные миоматозные узлы (тип 6 по FIGO) в 16,6% от общего числа исследованных.

Наибольшая васкуляризация узлов прослеживается при миоме 4 и 5 типов.

#### **Выводы.**

1. Было установлено, что у женщин города Гомеля самой распространенной является интерстициальная миома 4 типа, составляющая 66,7%.

2. Множественная миома матки встречается достоверно чаще, что может быть обусловлено генетической предрасположенностью и требует дальнейшего изучения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аганезова, Н. В. Миома матки: современные практические аспекты заболевания / Н. В. Аганезова, С. С. Аганезов, М. М. Шило // Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28, № 4. – С. 97–105.
2. Макацария, А. Д. Новейшие исследования и клинические практики в области гинекологии и перинатологии / А. Д. Макацария, А. В. Воробьев // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2024. – Т. 18, № 5. – С. 620–624.
3. Доброкачественные заболевание матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 288 с.
4. Штраус, Дж. Ф. Репродуктивная эндокринология Йена и Джаффе. Физиология, патофизиология, клиника, диагностика и лечение / Дж. Ф. Штраус, Р. Л. Барбьери, А. Р. Гарджуло ; пер. с англ. под ред. Е. Н. Андреевой. – М. : МИА, 2022. – 1200 с.
5. Current medical treatment of uterine fibroids / G. S. Sohn, S. H. Cho, Y. M. Kim [et al.] // Obstetrics and Gynecology Science. – 2018. – Vol. 61, № 2. – P. 192– 201.

## ДИСТОПИЯ СЕЛЕЗЕНКИ КАК ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Колоцей В. Н., Страпко В. П.

*Гродненский государственный медицинский университет  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Дистопия селезенки является одной из наиболее редких клинических находок и обнаруживается менее чем в 0,5% случаев от общего количества спленэктомий, при которых выявляется аномальное расположение селезенки в брюшной полости или в малом тазу. Впервые эта патология была описана голландским врачом J. Van Horne в 1667 году и подтверждена данными аутопсии. С 1895 года по настоящее время момента в мировой медицинской литературе представлено порядка 500 наблюдений «блуждающей» селезенки у детей и взрослых в возрасте от 3 месяцев до 82 лет [1, с. 48].

Варианты дистопии селезенки разнообразны. Селезенка может располагаться поперечно под левой половиной диафрагмы, в том числе между сводом желудка и диафрагмой, может оказаться в пупочной грыже, в забрюшинном пространстве. При обратном положении внутренних органов селезенка находится справа, а не слева. При смещении селезенки в таз ее приходится отличать от опухоли яичника. Описан случай опущения селезенки в мошонку. Обнаружив дистопированную селезенку, необходимо проверить, действительно ли отсутствует селезенка на свойственном ей месте, чтобы исключить возможность двух или множественных селезенки. При слабости связочного аппарата селезенка становится подвижной («блуждающая» селезенка). Причинами этого могут быть как врожденные, так и