



УДК:618-58760980

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЯ У ЖЕНЩИН

Ашурова Низора Гафуровна

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн
Сино*

Резюме. Аномалии развития матки при бесплодии выявляется в 37,3% случаев, из них гипоплазия матки составляет 22,1%. Гипоплазия матки — это врожденное или развившееся в течение жизни пациентки недоразвитие матки, при котором ее размеры в той или иной степени меньше возрастной нормы. Она сопровождается, как правило, нарушениями менструального цикла, невозможностью зачать ребенка или повторяющимися выкидышами. УЗИ играет важную роль в диагностике различных типов аномалий развития матки, а также степени гипоплазии матки. УЗ диагностика также важна для оценки эффективности лечения.

Ключевые слова: гипоплазия матки, бесплодие, ультразвуковое исследование, инфантильная матка, рудиментарная матка.

Актуальность совершенствования диагностики и лечения женского бесплодия определяется стабильно высокой частотой данной патологии и тенденцией к ее возрастанию. УЗИ является широко используемым методом визуализации в первичной диагностике гипоплазии матки. Данный метод имеет несколько преимуществ по сравнению с другими методами диагностики, такие как неинвазивность и отсутствие лучевой нагрузки.



Частые причины бесплодия являются задержка развития матки и её придатков. Нормальная по строению матка может задерживаться в своем росте и развитии. Этот процесс происходит вследствие нарушения секреции центральных и периферических половых гормонов, а также количества и чувствительности рецепторов всех органов репродуктивной системы, включая гипоталамус и гипофиз в препубертатном (7-9 лет), пубертатном (10-13 лет) и юношеском (14-17 лет) периодах. Немаловажную роль играют наличие соматических заболеваний, состояние центральной нервной системы и психический статус. Большое значение имеют ростовесовые показатели девушки. Задержка развития матки проявляется отставанием ее роста в той или иной степени выраженности. Основными критериями являются размеры матки, соотношение длины тела к шейке матки, наличие угла между ними и функциональное состояние эндометрия. Определение длины шейки матки производят в той же плоскости, что и определение длины тела матки, при этом измеряют расстояние от наружного до внутреннего зева (2,4).

Целью исследования явилась оценка возможностей УЗИ в диагностике аномалий развития матки при женском бесплодии.

Материал и методы обследования: Анализированы данные УЗИ матки и его придатков 55 пациенток в возрасте от 20-35 лет с жалобами на бесплодие (первичное), которые составили основную группу. Контрольную группу составили 20 женщины того же возраста без эхопатологии органов гениталия. Все они были обследованы по единому протоколу с использованием клинко-инструментальных методов. Исследование проводилось на сканере Mindray DC-60 с использованием комплексного мультисекторного датчика (диапазон 3,5 МГц) и вагинального



мультимодального датчика (диапазон 7,5 МГц). При исследовании на УЗИ оценивали расположение матки, размеры, границы, контуры, форму и эхогенность. При сопоставлении результатов исследования мы выделяли три типа изменения эхогенности ткани матки: диффузное понижение, локальное понижение, диффузное понижение в сочетании с гиперэхогенными участками.

Результаты исследования.

Средний возраст обследованных составил 25,3 $\pm$ 3,2 лет. Жители города составили 52,8%, а сельчанами были 47,3% женщин. В основной группе обследованных выявлялись различные аномалии развития матки, в том числе: гипоплазия матки в 45,7% случаев, рудиментарная матка в 31,4%, загиб матки наблюдалось у 5 (14,3%) больных. Кроме того, были случаи нормальных показателей женских половых органов у 3 (8,6%) женщин, страдающих бесплодием. Гипоплазия матки проявляется минимальной степенью задержки развития. При УЗИ общие размеры матки несколько меньше нормативных, а соотношение между длиной тела и шейки не изменено и составляет 2:1 или незначительно увеличена длина шейки. Шеечно-маточный угол сглажен или чрезмерно выражен. В тех случаях, когда имеется нарушение менструальной функции, отмечается отставание скорости «созревания» эндометрия, что связано с гипофункцией яичников. Необходимо отметить, что чаще встречается атрезия, а не персистенция фолликула, что при ультразвуковом обследовании выявляется в отсутствии преовуляторного фолликула. В таблице 1 приведены виды аномалий, выявленные при УЗ диагностике.



Таблица 1.

Виды аномалий матки у пациенток с бесплодием

Патологии	Основная группа N=55	
	Абс.	(%)
Гипоплазия матки	25	45.4
Однорогая матка	8	14.5
Седловидная матка	17	31.0
Перегородка в полости матки	5	9.1

Всего пациентки с гипоплазией матки составили 45,4 % (25 женщин). В зависимости от выраженности и метрических показателей гипоплазию матки разделили на три степени. Гипоплазия матки I степени была отмечена у 14 (56%) пациенток в возрасте 24-32 лет, со следующими данными : длина тела матки 37-41 мм, ширина 34-37 мм, передний-задний размер матки 26-32 мм, при котором соотношение между длиной тела и шейки не изменено и составило 2:1. У 8 (8,6%) пациенток в возрасте 20-25 лет был установлен диагноз гипоплазия матки II степени с длиной тела матки 30-33 мм, шириной - 29-32 мм, передний-задним размером матки - 21-25 мм. Гипоплазия матки III степени была подтверждена у 3 (12%) обследованных в возрасте 22 года (табл.2)

Таблица 2.

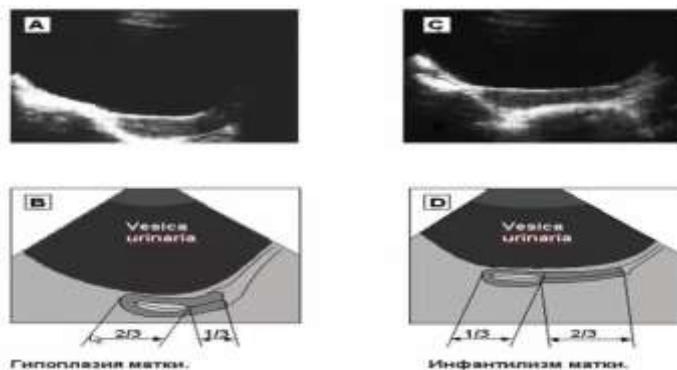
Степени гипоплазии матки у пациенток с бесплодием

Аномалии развития матки	Абс.	(%)
Гипоплазия I матки степени	14	56,0



Гипоплазия II матки степени	8	32,0
Гипоплазия III матки степени	3	12,0
Всего	25	100

гипоплазия (гипопластичная) матка является минимальной степенью задержки развития. При ультразвуковом исследовании общие размеры матки несколько меньше нормативных, а соотношение между длиной тела и шейки не изменено и составляет 2:1 или незначительно увеличена длина шейки. Шеечно-маточный угол сглажен или чрезмерно выражен. В тех случаях, когда имеются нарушения менструальной функции, отмечается отставание скорости «созревания» эндометрия, что связано с гипофункцией яичников. При гипоплазии снижается сократительная способность миометрия, что в сочетании с гормональной дисфункцией яичников, проявляющейся абсолютной или относительной гиперэстрогенией, может приводить к дисфункциональным маточным кровотечениям. Необходимо отметить, что чаще встречается атрезия, а не персистенция фолликула, что при ультразвуковом обследовании выявляется в отсутствии преовуляторного фолликула. В 15,7% случаев у пациенток с ювенильными маточными кровотечениями происходит образование фолликулярной кисты, проходящей спонтанно или на фоне проводимого гормонального лечения. У женщин с гипоплазией матки может нарушаться синтез рецепторного белка, снижающий содержание рецепторов в эндометрии, что приводит к самопроизвольному прерыванию беременности. Если менструальная функция сохранена, то экзогенность и





структура эндометрия соответствуют фазе менструального цикла. О гипоплазии матки следует говорить в тех случаях, когда имеется нарушение менструальной функции, бесплодие или не вынашивание.

Заключение. При бесплодии из всех выявленных патологий аномалии развития матки составили 45,7 %, из них гипоплазия матки составила наибольшее количество обследованных. Также выявлено, что гипоплазия матки у большинства обследованных отмечается в сочетании с гипоплазией яичников и шейки матки.

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла и бесплодием в комплекс лечебно-диагностических мероприятий необходимо включать исследование функционального состояния матки и яичников. Внедрение профилактических ультразвуковых исследований 1 раз в год у девушек в пубертатном возрасте способствует раннему выявлению аномалий развития и расположения органов гениталия, что даёт возможность вовремя корректировать патологию.

Литература:

1. Салимова Л. Я., Шалаев О. Н., Парсаданян С. А., Омарова Р. З. Диагностическая значимость дополнительных инструментальных методов обследования пациенток с пролапсом гениталий // Вестник РУДН. Сер. Медицина. 2013. № S5. С. 164-169.
2. Фоменко О. Ю., Титов А. Ю., Мудров А. А. и др. Современные возможности оценки функционального состояния мышц тазового дна: обзор литературы // Мед. алфавит. 2018. Т. 3, № 22. С. 43-50.
3. Баринова М. Н., Солопова А. Е., Тупикина Н. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю. Магнитно-резонансная томография (МРТ) при пролапсе тазовых органов // Акушерство, гинекология и репродукция. 2014. Т. 8, № 1. С. 37-46.
4. Чечнева М. А., Буянова С. Н., Попов А. А. и др. Ультразвуковая диагностика пролапса гениталий и недержания мочи у женщин // МЕДпресс-информ. 2019. С. 18-22.



5. Мороз Н. В. УЗИ в оценке тазового дна // Вестн. Витебск. гос. мед. ун-та. 2015. Т. 14, № 2. С. 31-37.
6. Дикке Г. Б. Ранняя диагностика и консервативное лечение пролапса гениталий // Главный врач Юга России. 2017. № 1. С. 21-25.
7. Агабекян Н. В., Селихова М. С. Комплексная оценка состояния тазового дна у первородящих женщин в отдаленном периоде // Академ. публицистика. 2021. № 5. С. 581-589.
8. Nyangoh Timoh K., Bessede T., Zaitouna M. et al. Anatomy of the Levator Ani Muscle and Implications for Obstetrics and Gynaecology. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015. Vol. 43, No. 1. P. 84-90. (In French).
9. Barca J. A., Bravo C., Pintado-Recarte M. P. et al. Pelvic Floor Morbidity Following Vaginal Delivery versus Cesarean Delivery: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2021. Vol. 10, No. 8. P. 1652.
10. Mendes E. de P. B., Oliveira S. M. J. V. de, Caroci A. de S. et al. Pelvic Floor Muscle Strength in Primiparous Women according to the Delivery Type: Cross-Sectional Study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016. Vol. 24. P. e2758. DOI 10.1590/1518-8345.0926.2758.
11. Van Veelen G. A., Schweitzer K. J., van der Vaart C. H. Ultrasound Imaging of the Pelvic Floor: Changes in Anatomy during and after First Pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014. Vol. 44, No. 4. P. 476-480.
12. De Araujo C. C., Coelho S. A., Stahlschmidt P., Juliato C. R. T. Does Vaginal Delivery Cause More Damage to the Pelvic Floor than Cesarean Section as Determined by 3D Ultrasound Evaluation? A Systematic Review. *Int Urogynecol J.* 2018. Vol. 29, No. 5. P. 639-645.