

3. Фомин, Н. Ф. Проблемы подготовки профессорско-преподавательского состава анатомических кафедр в свете собственного и зарубежного опыта / Н. Ф. Фомин // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2016. – № 2(54). – С. 254–256.

АГЕНЕЗИЯ НАРУЖНОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ВЕНЫ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Климович Р. В., Храповицкая К. А., Голубицкий С. Б.

*Брестская детская областная больница
Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. Агенезия наружной подвздошной вены – это порок развития, характеризующийся отсутствием данного сосуда с формированием коллатералей. Данная анатомическая особенность строения вен может привести к симптомам хронической венозной недостаточности нижних конечностей и к тромбозу глубоких вен.

Наружная подвздошная вена служит местом соединения глубокой венозной системы голени и общей подвздошной вены. Наружная подвздошная вена соединяется с внутренней подвздошной веной, впадая в общую подвздошную вену, которая, в свою очередь, соединяется с контралатеральной общей подвздошной веной, образуя нижнюю полую вену (НПВ). Аномалии подвздошно-бедренной венозной системы встречаются редко. Нет данных о распространенности в популяции данного порока [1, 2].

На 5-7 неделях эмбриогенеза крестцово-кардинальные вены обеспечивают отток крови из правой и левой нижних конечностей. Система полых вен и подвздошных вен формируется путем анастомоза между правой и левой сторонами кардинальной системы. Нарушение развития этих вен или анастомоза может привести к агенезии подвздошных вен [3].

Обычно это состояние обнаруживается случайно, поскольку эти аномалии обычно протекают бессимптомно из-за развития коллатералей, обходящих обструкцию. Было выявлено пять ключевых коллатеральных путей: 1) поверхностная лобковая, большая подкожная вена (БПВ) → половые вены → контралатеральная БПВ; 2) глубокая тазовая, внутренняя половая → запирательная → внутренние подвздошные вены; 3) восходящий ствол, торакоэпигастральные → подмышечные вены; 4) краевые системы, ягодично-наружные позвоночные сети; и 5) коллатерали, обусловленные рефлюксом, имитирующие посттромботический синдром [4].

Цель. Описать клинический случай пациента с агенезией наружной подвздошной вены.

Методы исследования. Выполнен анализ медицинской карты стационарного пациента, находящегося на стационарном лечении УЗ «Брестская детская областная больница»

Результаты и их обсуждение. Пациент Н, 6 лет, мальчик во время рутинного медицинского осмотра родители ребенка выразили беспокойство по поводу крупного поперечного кровеносного сосуда в нижней части брюшной стенки, который присутствовал с рождения и клинически себя не проявлял. Беременность и роды протекали нормально, сопутствующей патологии пациент не имел.

При физикальном обследовании в надлобковой области отмечалась поперечная, сжимаемая, непальпирующая сосудистая структура диаметром около 5 мм.

Пульс на нижних конечностях определялся с обеих сторон, отека нижних конечностей не отмечалось. Антропометрические данные: окружность левой конечности (бедро в/3 – 32 см, бедро н/3 – 27 см, голень в/3 – 24 см, голеностопный сустав 18 см), окружность правой конечности (бедро в/3 – 33 см, бедро н/3 – 27 см, голень в/3 – 25 см, голеностопный сустав 17 см). Признаков варикоцеле в мошонке не обнаружено, яички пальпировались с обеих сторон.

Для визуализации сосудов была проведена компьютерная томография нижних конечностей и таза с контрастированием: правая наружная подвздошная вена в типичном месте не визуализируется; в области паховой связки от правой бедренной вены берет начало коллатеральный венозный сосуд шириной 6-7 мм, который в виде арки проходит подкожно справа на лево и в области паховой связки сливается с левой наружной подвздошной веной, формируя единый венозный ствол аксиальным размером до 13*11 мм. Таким образом, нижняя полая вена сформирована слева общей подвздошной веной (слияние внутренней и наружной ветвей) и справа лишь внутренней подвздошной веной. Венозный отток от правой нижней конечности осуществляется через вышеуказанную коллатераль в систему левой наружной подвздошной вены.

Пациенту была рекомендована консультация сосудистого хирурга, динамическое наблюдение.

Выводы. Врожденные вариации анатомии подвздошной вены у детей, хотя и встречаются редко, могут иметь серьезные медицинские последствия. Ранняя и точная оценка аномальной анатомии позволяет оптимально подобрать лечение и предотвратить предотвратимые осложнения и травмы. Пациенты должны быть осведомлены о последствиях травмы и должны сообщать лечащему врачу о наличии у них аномальной венозной сосудистой сети.

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