

**Маслянский Б.А., Маслянский В.Б., Шубенок М.А.**

## **РЕДКАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

По литературным данным, практически четверть взрослого населения в мире имеет те или иные проблемы, связанные с венозной системой ног. Несмотря на большую распространенность заболеваний вен в популяции, все жалобы пациентов можно свести к следующим: отек, боль и тяжесть в ногах и наличие варикоза. Зачастую при наличии вышеуказанных симптомов постановка диагноза сводится к наиболее распространенным заболеваниям: варикозному расширению вен либо посттромбофлебитическому синдрому. Однако клинический опыт показал, что за этими симптомами могут скрываться и другие, более редкие заболевания, например, кистозная болезнь адвентиции (КБА). Венозная форма КБА является чрезвычайно редким заболеванием, в мировой литературе опубликовано только 45 случаев. Это заболевание, которое характеризуется формированием в просвете сосудов кист, содержимое которых состоит из мукополисахаридов и мукопротеинов. Этиология заболевания остается неясной. Существует несколько теорий, объясняющих возможные механизмы развития КБА: 1) теория системных нарушений (КБА - результат системных заболеваний соединительной ткани); 2) травматическая (повторяющаяся травма сосудов из-за их близости к суставам вызывает возможное разрушение и кистозную дегенерацию адвентиции); 3) метастатическая (мезенхимальные клетки мигрируют в адвентицию сосудов, расположенных вблизи крупных суставов); 4) эмбриональная (клетки, секретирующие муцины, включаются в адвентицию во время эмбриологического развития). Кистозную болезнь адвентиции можно заподозрить на основании анамнеза, результатов физикального и инструментального обследования. Существует 2 метода лечения данной патологии: чрескожная пункция и открытое иссечение кисты. Первый способ позволяет аспирировать содержимое и уменьшить обструкцию кровотока, но оставшиеся стенки кисты обеспечивают повторное накопление желеобразного вещества, по этой причине более предпочтительным является второй метод, как более радикальный.

**Клинический случай.** Пациентка Г., 36-летняя женщина, профессиональный водитель, обратилась с жалобами на боль в правой паховой области и отек правой нижней конечности. Вышеуказанные жалобы возникли после короткой пробежки. Объективный статус при первичном осмотре: правая нога обычной окраски, теплая, увеличена в окружности за счет плотного отека; симптомы Хоманса, Мозеса отрицательные; пульс на периферических артериях сохранен. При стандартном лабораторном обследовании значимых отклонений показателей не выявлено. На основании жалоб, анамнеза и клинических данных был заподозрен тромбоз глубоких вен

правой ноги. С диагностической целью было выполнено ультразвуковое исследование. В ходе УЗИ в правой паховой области чуть ниже сафено-фemorального соустья было выявлено эхонегативное образование размерами 19,5 мм × 22 мм, препятствующее оттоку крови из поверхностной бедренной вены. С целью уточнения диагноза была назначена компьютерная томография с контрастированием. КТ-картина соответствовала опухолевому образованию, сдавливающему бедренную вену между глубокой бедренной веной и большой подкожной веной.

Пациентка подверглась хирургическому лечению. Анестезия - спинальная, доступ - продольный разрез в бедренном треугольнике. Во время интраоперационной оценки в просвете бедренной вены было обнаружено образование, имеющее плотно-эластическую консистенцию. Выполнена продольная венотомия, вскрыт просвет кисты, из которой в рану выделилась желеобразная масса светло-желтого цвета. Стены кисты были иссечены и отправлены для микроскопического исследования. Вена ушита, рана дренирована. В послеоперационном периоде были назначены НПВС (кеторолак), антибиотик (цефтриаксон) и низкомолекулярные гепарины (эноксапарин). Гистологическое заключение: «Кистозные стенки состоят из гладкомышечных волокон с гиалинозом без эпителиальной или эндотелиальной подкладки. Признаки адвентициальной кистозной болезни».

Клинический эффект хирургического лечения был очевидным. Боль в области паха при ходьбе исчезла. Отек правой ноги уменьшился в течение 3 дней с 3,5 см до 1 см на уровне голени, с 5 см до 2 см на уровне бедра. В послеоперационном периоде был выполнен ультразвуковой контроль: бедренная вена проходима, диаметр поверхностной бедренной вены уменьшился и стал равным диаметру общей бедренной вены. Пациентка была выписана для амбулаторного лечения на 12-й день.

**Выводы:** Венозная форма КБА - редкое заболевание, которое из-за сходства симптомов может быть ошибочно диагностировано как тромбоз глубоких вен. Данная патология должна быть включена в алгоритм диагностического поиска в случаях спонтанного отека ног у молодых пациентов. Хирургическое удаление кисты с восстановлением целостности сосуда, по-видимому, является методом выбора при лечении данной патологии.