



ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕКМЕНТА ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мамадалиев Б.Р.

Мадаминов Ф.Х.

Хомиджонов И.Б.

РНЦЭМП Ферганский Филиал

Введение. Уточнить топографию глубоких вен бедренно-подколенного сегмента у пациентов с варикозной и посттромботической болезнями.

Материалы и методы. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) было проведено у 60 пациентов/600 нижних конечностей с варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК) и 58 пациентов/58 нижних конечностей с посттромботической болезнью (ПТБ). УЗДАС проводилось на аппарате MindrayDC-60 с

использованием линейного и конвексного датчиков с частотой 3-13 и 3-5 МГц.

Результаты. Удвоение ПБВ было выявлено в 13% у пациентов с ВБВНК, из них у 3% на всем протяжении. У пациентов с ПТБ более одного ствола поверхностной бедренной вены (ПБВ) было выявлено в 40% случаев: в 28% – один дополнительный ствол на всем протяжении, в 7% – два дополнительных ствола ПБВ. У одной пациента был выявлен вариант развития с преобладанием глубокой вены бедра. Два ствола подколенной вены (ПкВ) ниже щели коленного сустава было выявлено в 85,5% у пациентов с ВБВНК

и в 90% при ПТБ по данным УЗДАС.

Обсуждение. Современная диагностика ХЗВ нижних конечностей базируется больше на применении малоинвазивных методов исследования. Лидирующим среди неинвазивных методов исследования в Узбекистане, и широко распространенным за рубежом является ультразвуковое исследование. Основное преимущество – неинвазивность и возможность

получить информацию о венозной системе в реальном времени. Е. Donaetal. (2000 г.) выявили удвоение бедренно-подколенного сегмента глубоких вен в 15,7% случаев по данным УЗДАС, из них изолированное удвоение ПкВ наблюдалось только в 5%. В ходе нашего исследования удвоение ПБВ на каком-либо сегменте было выявлено в 13% случаев у пациентов с ВБВНК, что близко к данным Е. Donaetal. В то же время увеличение количества стволов ПБВ до 40,1% было выявлено при ПТБ. Такое резкое увеличение с 13% до 42,1% частоты встречаемости большого количества стволов ПБВ можно объяснить только тем, что кровоток в условиях нарушения венозного оттока перераспределяется по сателлитным венам, которые могут дилатироваться.



практически до размеров основного ствола ПБВ и их можно легко спутать с ним. Но даже, если основной ствол поверхностной бедренной вены будет меньше в размерах, чем дополнительные, классического расположения своего он не изменит: в верхней трети бедра (у вершины бедренного треугольника) будет находиться медиальнее и кзади от поверхностной бедренной артерии, в средней трети бедра – кзади от ПБА, а в нижней трети бедра – латеральнее артерии. Полученные данные топографии подколенной вены несколько разнятся с данными Е. Donaetal. Но тут надо учесть, что анатомическое препарирование имеет гораздо большую информативность чем УЗДАС в изучении анатомии, так как позволяет выделить и проследить абсолютно все сосуды, что, конечно же, в клинической практике невозможно. И эти сведения уже в свою очередь легли в основу нового алгоритма УЗДАС подколенных сосудов.

Выводы. 1) Увеличение количества стволов ПБВ встречается до 13% при ВБВНК и до 41% при ПТБ. 2) Удвоение ПкВ ниже щели коленного сустава встречается от 86,1% до 90,1%. 3) Изменения топографической анатомии бедренно – подколенного сегмента глубоких вен при ПТБ происходят за счет дилатации сателлитных вен. Они выходят на первый

план, маскируя основные стволы глубоких вен, классическая топография которых не меняется.