

Особенности проведения ультразвуковой диагностики у пациентов с варикозной болезнью в подколенной области

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Шанаев И.Н., Пшенникова К.С.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

E-mail: c350@yandex.ru; pshennikowa.kris@yandex.

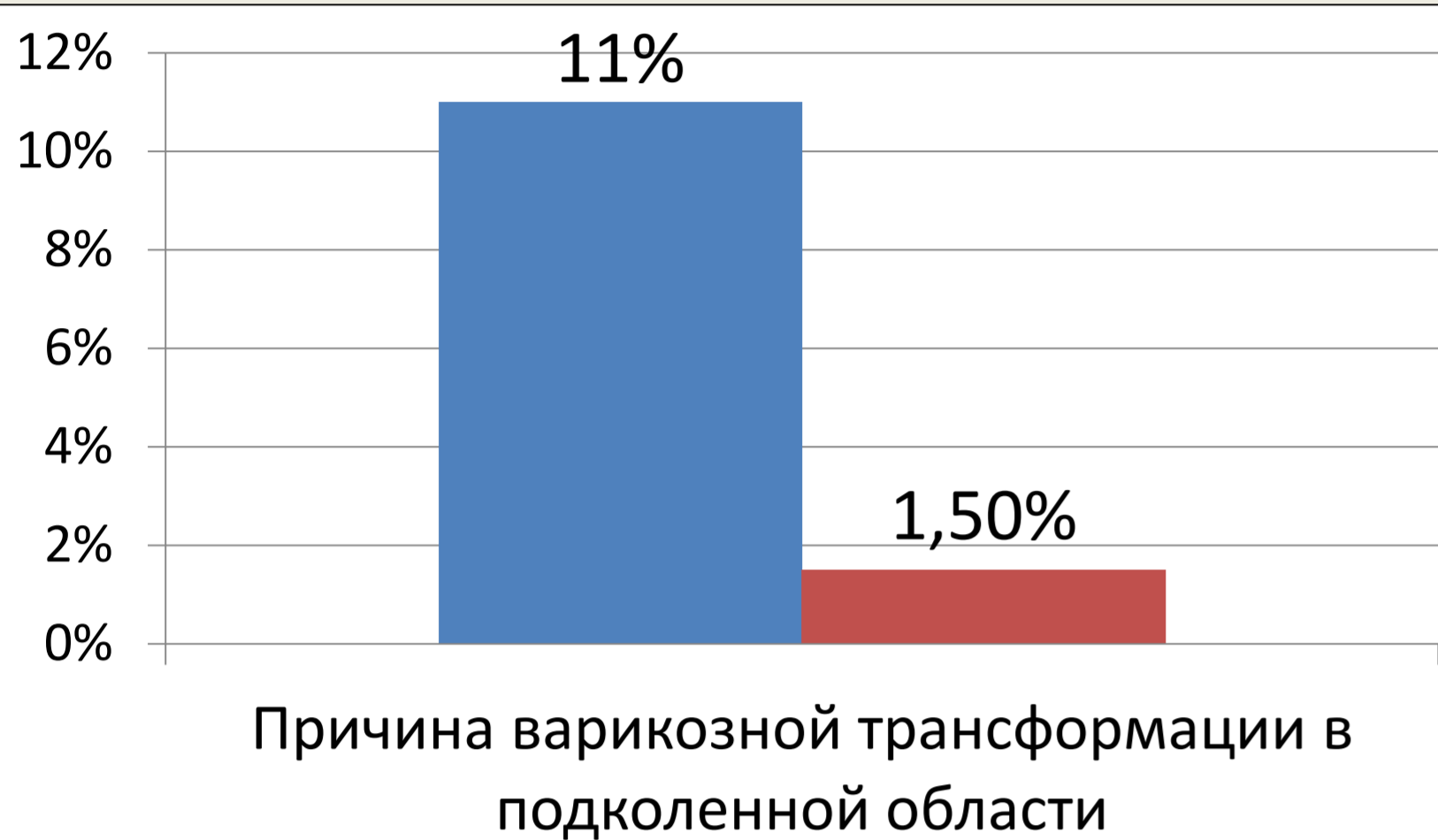
В большинстве случаев варикозная болезнь (ВБВНК) поражает бассейн большой подкожной вены (БПВ), малая подкожная вена (МПВ) поражается в 10-15%. Ещё более редкой причиной варикозной трансформации в подколенной области являются несостоятельные перфоранты (ПВ), однако информации по ним в литературе практически нет

Цель исследования: Определить особенности проведения ультразвуковой диагностики и формирования клапанной недостаточности у пациентов с варикозной болезнью в подколенной области.

Материалы и методы

В исследование вошли 2320 человек с варикозной болезнью. Средний возраст пациентов составил – 45,18±12,1 лет. Метод исследования – дуплексное сканирование.

Результаты



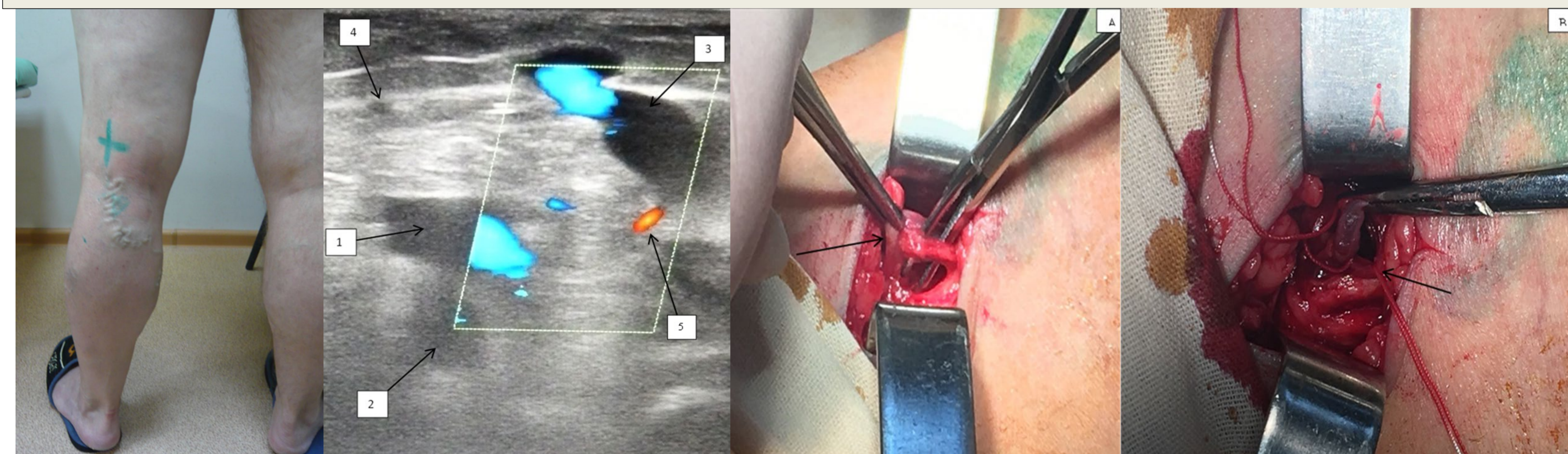
Характеристика глубокого рефлюкса	Клапанная недостаточность глубоких вен			
	ОБВ	БВ	ГБВ	ПкВ
Небольшой ($ua/up > 1$)	-	20	6	26
Умеренный ($ua/up < 1$)	34	6	2	8
Выраженный ($ua/up < 1$ и ретроградный кровоток в покое)	-	-	-	-

При изолированном поражении ПВ в 94% наблюдений не было выявлено сопутствующего поражения магистральных подкожных вен, однако отмечалась клапанная недостаточность глубоких вен: у 26 - недостаточность общей бедренной вены (ОБВ), бедренной вены (БВ) и подколенной вены (ПкВ); у 8 - несостоятельность ОБВ, глубокой вены бедра, ПкВ.

Особенности строения ПВ подколенной области

1. ПВ подколенной области располагается в верхнелатеральной части подколенной ямки, в 96,9% наблюдений впадали в ПкВ с латеральной стороны на уровне $1,5 \pm 0,2$ см выше щели коленного сустава, у одного пациента ПВ впадала в одну из суральных вен латеральной группы.
2. На субфасциальном уровне в 94% наблюдений ПВ была представлена одним стволом, в 6% - двумя стволами.
3. Во всех наблюдениях МПВ не образовывала типичного сафенопопитеального соустья (СПС): в 58,8% впадала в БВ в нижней трети бедра, в 17,6% - переходила в межсафенную вену, в 5,9% - соединялась с БПВ на уровне верхней трети голени, в 17,6% - терялась в мягких тканях на уровне средней трети бедра.
4. На предоперационном ультразвуковом исследовании у всех пациентов была выявлена артериальная ветвь, исходящая из подколенной артерии, что было подтверждено интраоперационно.

Клинический пример



Пациент К. 46 лет
 Диагноз: ВБВНК, С2 слева

ДС – сканограмма пациента К.
 1. Подколенная вена;
 2. Подколенная артерия;
 3. ПВ подколенной области;
 4. МПВ; 5. Перфорантная артерия, сопровождающая ПВ.

Интраоперационная фотография диссекции ПВ подколенной области.
 А) ПВ подколенной области выделена единым блоком с сопутствующей артериальной ветвью. Пинцетом приподнято устье ПВ (показано стрелочкой). С помощью зажима происходит выделение артериальной ветви, сопровождающей ПВ подколенной области; В) На ПВ подколенной области наложен зажим. Артериальная ветвь, сопутствующая ПВ взята на лигатуру (показана стрелочкой).

Заключение

1. Редкая частота встречаемости ПВ подколенной ямки, отсутствие типичного СПС, наличие сопутствующей артериальной ветви позволяет характеризовать их как атипичные перфорантные сосудистые комплексы, развитие несостоятельности которых ассоциировано с недостаточностью глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни.
2. Врачу УЗ диагностики необходимо учитывать это для избежания постановки ложноположительного заключения о поражении МПВ.