

## ФЛЕБОЛОГИЯ

### АНЕВРИЗМЫ САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ И ЕГО ПРИТОКОВ

*Баешко А.А., Попченко А.Л., Маркауцан П.В.,  
Красимов Л.С., Золоторев И.А.*

*Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,  
Белорусский государственный медицинский университет,  
Медицинский центр «Экомедсервис», г. Минск*

**Введение.** Варикозная болезнь нижних конечностей распространенная сосудистая патология, поражающая 15 – 25 % взрослого населения. Аневризмы поверхностных вен, как осложнение хронического течения заболеваний вен, встречаются крайне редко. В литературе приводятся единичные случаи этой патологии. Наибольшую опасность представляют аневризмы сафено–фemorального соустья (СФС). Возникающие трудности в диагностике, особенностях формирования и течения данной патологии порождают проблемы в ее лечении.

**Цель:** Изучить на основании данных ультразвукового исследования причины и анатомические варианты формирования аневризм сафено-фemorального соустья (АСФС) и его притоков у пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей.

**Материалы и методы.** В основу работы положены данные 37 пациентов с симптоматикой варикозной болезни нижних конечностей (С2-С6) у которых при ультразвуковом обследовании была выявлена аневризма сафено-фemorального соустья (АСФС) и его притоков. Пациенты обследованы в ГУ РЦМРиБ и МЦ «Экомедсервис» в период с 2016 по 2022 гг. Всем им проведено дуплексное сканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей на аппаратах Philips Affiniti 70 и Voluson 730 Expert с использованием линейного датчика (7,5 – 13 МГц). Сканирование производили в продольной и поперечной плоскостях в положении пациента стоя с наружной ротацией конечности, а также лежа. Детальному ультразвуковому исследованию (В–режим, цветовое картирование) и измерению подлежали терминальный отдел большой подкожной вены (БПВ), СФС, передняя добавочная большая подкожная вена, общая бедренная вена. К аневризме относили случаи увеличения диаметра СФС в 2 и более раз в сравнении с максимальным размером этого отдела БПВ в норме (11,0 мм).

**Результаты и обсуждение.** Из 37 анализируемых пациентов женщин было 24 (64,9%), мужчин – 13 (35,1%), в возрасте от 33 до 78 лет (в среднем 55.2 года). У 25 (56,8%) АСФС поражала левую ногу, у 15 (34,1%) пациентов – правую и у 4-х (9,1%) –обе конечности. Общее количество выявленных

АСФС составило 48. Наиболее часто (26 случаев) регистрировалась веретенообразная, реже (22 случаев) мешотчатая форма аневризм. Размеры их варьировали в поперечной проекции от 22,5 мм до 36,2 мм, в продольной – от 38,2 мм до 50,5 мм. Подавляющее большинство аневризм – 36 (79,6%) были более 40 мм в диаметре. В трех (6,4%) наблюдениях в аневризматическом мешке были обнаружены тромботические массы разной степени экзогенности.

Во всех случаях (за исключением тромбоза) в аневризме регистрировался ретроградный поток крови (рефлюкс), распространяющийся через СФС на дистальные отделы БПВ и (или) его притоки. В большинстве случаев (36 или 76,6%) формировались изолированные аневризмы СФС, простирающиеся от остиального отверстия до претерминального либо нижележащего клапана. Реже дилатация СФС распространялась и на один из приустьевых притоков, либо изначально аневризма развивалась в последнем (чаще в передней добавочной большой подкожной вене). Цветовое картирование выявляло в аневризме турбулентный поток крови. Устьевое отверстие БПВ – истока патологического рефлюкса было расширено и колебалось от 5,6 мм до 17,2мм (ср. 10,2мм).

У 7 (14,9%) пациентов аневризма СФС и (или) его притоков сочеталась с подобными и даже большими по диаметру расширениями ствола БПВ в нижележащих отделах (множественные аневризмы БПВ)

Клинически патология терминального отдела БПВ выявлялись при пальпации у 28 (59,6%) пациентов и у 8 (17%) – визуально в виде опухолевидного образования в паховой области. У трех из последних или в 8,1% наблюдений изначально был выставлен ошибочно диагноз паховой грыжи.

**Выводы.** Аневризмы СФС и его притоков осложняют течение ХЗВ нижних конечностей класса С2-С6 и протекают в большинстве случаев бессимптомно, что увеличивает риск развития осложнений, в частности тромбоза, и затрудняет их диагностику.

Дуплексное сканирование позволяет не только установить диагноз, но и определить анатомический вариант аневризмы СФС. Причинами развития аневризм СФС является патологический рефлюкс, вследствие несостоятельности терминального клапана и дилатация стенки БПВ в зоне синуса нижележащего клапана

В структуре заболевания преобладают изолированные веретенообразные аневризмы СФС, вовлечение приустьевых притоков встречается реже.