

Несмотря на то, что описанная здесь схема сегментации является наиболее распространенной, сегменты значительно различаются по размеру и форме в результате индивидуальных вариаций в ветвлении печеночных и портальных сосудов.

#### Список литературы:

1. Moore, K. Clinically oriented anatomy/ K. Moore, A. Dalley, A. Agur. – 7<sup>th</sup> ed. – New York, 2012. – P. 357-363.
2. Standring, S. Gray's Anatomy /S. Standring. – 41<sup>th</sup> ed. – London, 2016. – P. 1162-1164.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕЖСАФЕННОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Семеняго С. А., Семеняго Е. Ф.<sup>1</sup>, Введенский Д. В.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Республика Беларусь

**Актуальность.** Межсафенная вена (МСВ) – непостоянный сосуд поверхностного венозного русла нижней конечности. При развитии варикозного расширения вен нижних конечностей (ВРВ НК) является источником вертикального рефлюкса из несостоятельных вен в малую подкожную вену (МПВ) [1, 2]. Из-за пренебрежения клиницистами анатомической терминологией, точных данных о частоте встречаемости МСВ нет, оценка диаметра данного сосуда в норме не проводилась [1]. Изучение поверхностного венозного русла методом ультразвукового сканирования представляет значительный исследовательский интерес для анатомов, т.к., в отличие от секционного метода, позволяет прижизненно определить расположение и диаметр интересующего сосуда.

**Цель.** Выявление частоты встречаемости МСВ у пациентов без патологии сосудов нижних конечностей, а также оценка её нормального размера.

**Методы исследования.** Было обследовано 65 пациентов без патологии сосудов нижних конечностей (130 конечностей) обоего пола возрастом от 18 до 59 лет, с соотношением мужчин и женщин 49% и 51% соответственно. В соответствии с соматотипом пациенты были разделены на три группы: астеники (36%), нормостеники (42%), гиперстеники (22%).

Пациентов обследовали методом ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате экспертного класса Mindray (РБ) с использованием линейного датчика по стандартному протоколу исследования вен нижних

конечностей. Исследование проводилось как в продольной, так и в поперечной плоскости сканирования при положении пациента стоя. Отсутствие патологии со стороны вен определялось по следующим критериям: в В-режиме – наличие эхонегативного просвета, толщина стенок не более 2 мм с гладкой внутренней поверхностью без пристеночных наложений, положительная проба с компрессией датчиком; при доплерографии – отсутствие ретроградного кровотока в местах венозных клапанов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ MS Office Excel 2010 и Statistica 6.0. Для определения нормальности распределения признаков в группах был применён метод Шапиро-Уилка. Т.к. распределение количественных признаков в группах было отличным от нормального, описание данных представлено в виде медианы, как меры центральной тенденции, и межквартильного интервала. Для сравнения двух и нескольких групп применялись методы Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса соответственно. Для установления связи между неколичественными признаками был использован критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат) Пирсона. Результаты считались статистически значимыми при значении  $\chi^2$  больше критического при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и выводы.** Согласно обновлённой номенклатуре вен нижних конечностей официальной “Terminologia Anatomica”, которая была принята в 2002 г. на четырнадцатом Всемирном Конгрессе Международного Флебологического Союза с участием Федеративного Международного Комитета по Анатомической Номенклатуре (FICAT), под термином «межсафенная вена» (*vena intersaphena*) или соответствующим ему эпонимом «вена Джиакомини» следует понимать тот тип краниального продолжения малой подкожной вены (КрП МПВ) (*extensio cranialis venae saphenae parvae*), который впадает в большую подкожную вену (БПВ) на медиальной поверхности бедра. [3]. Данный сосуд в нашем исследовании был обнаружен в 24,6% случаев (32 конечности), либо в 38,5% от числа случаев с КрП. Статистически значимых признаков полового диморфизма обнаружено не было ( $p > 0,05$ ) – МСВ была обнаружена у 23,6% мужчин и 25,9% женщин. Статистически значимые конституциональные различия также отсутствовали ( $p > 0,05$ ): у астеников МСВ наблюдалась в 30% случаев, у нормостеников – 24%, у гиперстеников – 19%.

В более половины всех случаев МСВ встречалась на обеих конечностях (56%), случаи унилатерального расположения распределились поровну – по 22%. В области подколенной ямки можно выделить три основных анатомических варианта начала МСВ. При первом варианте МПВ впадает в подколенную вену (ПкВ) с образованием сафенопоплитеального соустья (СПС), перед впадением отдавая МСВ (28% случаев). При втором варианте образования СПС не происходит, и МПВ переходит в МСВ, но при этом имея связь с ПкВ при помощи анастомотической вены (9,4% случаев). При третьем варианте МПВ также прямо переходит в МСВ в области подколенной ямки, но

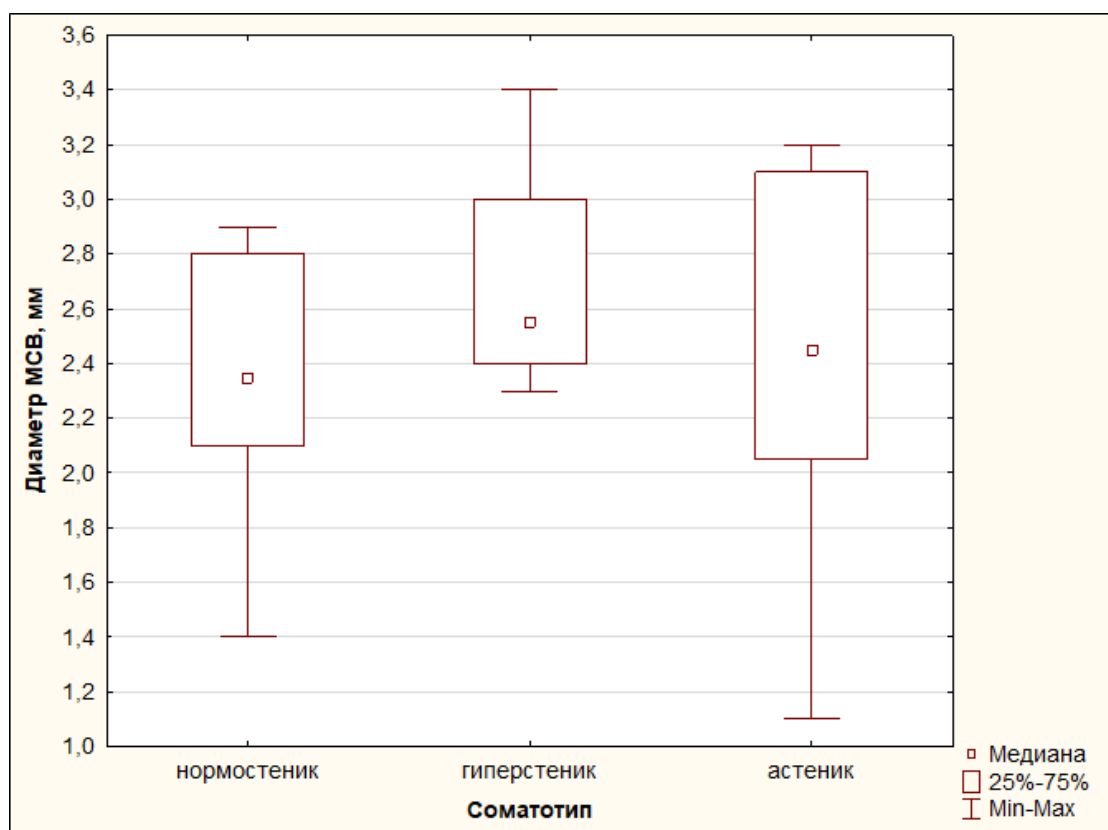
при этом связь с ПкВ полностью отсутствует (62,6% случаев). Дальнейший ход МСВ во всех трёх вариантах одинаков – венозный ствол поднимается проксимально по задней поверхности бедра, находясь при этом в собственном фасциальном футляре. На уровне средней трети бедра сосуд отклоняется медиально и направляется к БПВ, в которую впадает на границе верхней и средней трети бедра.

При отсутствии связи МПВ с ПкВ, МСВ является крупнейшим венозным стволом, осуществляющим венозный отток из бассейна МПВ. Известно, что при ВРВ НК наличие МСВ значительно влияет на гемодинамику поверхностного венозного русла. Данный венозный сосуд является источником вертикального рефлюкса при указанной патологии [2]. В связи с этим были изучены параметры диаметра МСВ в норме в зависимости от анатомического варианта её начала (табл. 1).

Таблица 1 – Значения диаметра МСВ в зависимости от пола и анатомического варианта (даны медианные значения, в скобках указан межквартильный интервал).

Связь МПВ и ПкВ	диаметр МСВ, мм		
	м	ж	общее значение
образуется СПС	2,3 (2,05–2,65); n=4	2,3 (2,0–2,4); n=5	2,3 (2,0–2,4); n=9
связана анастомотической веной	2,9 (2,1–3,4); n=3	–	2,9 (2,1–3,4); n=3
связь отсутствует	2,45 (2,0–2,9); n=10	2,55 (2,4–2,8); n=10	2,45 (2,2–2,85); n=20
<b>общее значение</b>	2,4 (2,1–2,9); n=17	2,4 (2,1–2,7); n=15	2,4 (2,1–2,85); n=32

Статистически значимого влияния анатомического варианта начала МСВ на её диаметр обнаружено не было ( $H=2,86$ ;  $p=0,24$ ). Половые различия по данному признаку не установлены ( $U=125,5$ ;  $p=0,95$ ), что в целом характерно для поверхностного венозного русла нижней конечности, и в частности МПВ [4]. Отсутствовали различия и среди разных конституциональных групп ( $H=1,94$ ;  $p=0,38$ ) (рисунок 1).



**Рисунок 1 – Отличие диаметра МСВ у пациентов с различным соматотипом**

Таким образом, установлено, что МСВ встречается в четверти (24,6%) всех случаев, не зависимо от пола и типа конституции пациента. В половине случаев МСВ встречается на обеих конечностях, чаще всего (62,6%) является прямым продолжением МПВ при отсутствии связи последней с ПкВ в области подколенной ямки. Диаметр МСВ в норме составляет 2,4 (2,1-2,85) мм и не зависит ни от пола, ни от конституции пациента, ни от анатомических особенностей данного сосуда.

#### Список литературы:

1. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / В. П. Куликов [и др.] ; под ред. В. П. Куликова. – 1-е изд. – М. : ООО Фирма «СТРОМ», 2007. – 512 с.
2. Вариантная анатомия и подходы к устранению рефлюкса в бассейне малой подкожной вены / К. В. Мазайшвили [и др.] // Вестник СурГУ. Медицина. – 2016. – №3 (29). – С. 15–20.
3. Caggiati A. Nomenclature of the veins of the lower limb: extensions, refinements, and clinical application. An International Interdisciplinary Consensus Committee on Venous Anatomical Terminology (Italy, USA, Sweden, Austria) / A. Caggiati // Journal of Vascular Surgery. – 2005. – Vol.41. – P. 719–724.
4. Семеняго, С. А., Жданович, В. Н. Гендерно-соматотипические особенности размеров малой подкожной вены / С. А. Семеняго, В. Н. Жданович // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – №3 (61). – С. 56 – 61.