

вание было одобрено локальным этическим комитетом.

Всего в исследование включено 103 пациента в возрасте 25-91 лет (средний возраст –  $61,3 \pm 15,8$ ), 43 мужчины, 59 женщин, имевших от 0 до 6 индивидуальных факторов риска (в среднем –  $2,5 \pm 1,7$ ). В 36,9% случаев тромбоз был спровоцирован известными обратимыми факторами, а в 63,1% являлся «идиопатическим». Проксимальный ОВТ наблюдали у 65 пациентов, дистальный – в 38 случаях.

**Результаты и обсуждение.** Период непрерывной антикоагулянтной терапии составлял от 3-х до 24-х месяцев. В течение 3-х месяцев антикоагулянтная терапия проводилась у 38-и пациентов, в течение 6-и месяцев – в 17-и случаях, в течение 9-и месяцев – в 20-и случаях, 12-и и более месяцев – в 28-и случаях. Рецидив венозных тромбозов был выявлен у одного пациента (0,97%, 95% ДИ: 0,17-5,29%) на фоне впоследствии обнаруженной мутации гена протромбина в сочетании с мутацией гена V фактора свертывания.

Кумулятивная частота развития геморрагических осложнений составила 11,65% (95% ДИ: 6,79-19,27%), из которых малые осложнения составляли 7,77% (95% ДИ: 3,99-14,59%) и клинически значимые – 3,88% (95% ДИ: 1,52-9,56%). Больших кровотечений выявлено не было. Малые геморрагические осложнения были представлены внутрикожными кровоизлияниями ( $n=3$ ), носовыми кровотечениями ( $n=4$ ), и одним случаем кровоизлияния в конъюнктиву глаза. Клинически значимые кровотечения в 2-х случаях проявились гематурией, в 1-м случае – метроррагией, в 1-м случае – обширными рецидивирующими внутрикожными кровоизлияниями.

**Выводы.** Проведенное исследование показало высокую эффективность и достаточную безопасность применения нового орального антикоагулянта Ривароксабан для пролонгированной терапии остро го венозного тромбоза в срок до 24-х месяцев.

*Тамм Т.И., Решетняк О.М., Захарчук А.П.*

## ВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НА ФОНЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

*Медицинская академия  
последипломного образования,  
г. Харьков, Украина*

**Актуальность.** Варикотромбофлебит нижних конечностей (ВТФ) является наиболее частым осложнением варикозной болезни (ВБ). Встречаясь у 30-59% пациентов с ВБ, он может служить предиктором тромбоза глубоких вен (ТГВ) в 10-25% случаев и представлять реальную эмбологическую опасность в 31,55% наблюдений. Возникновение такого осложнения как ВТФ у пациентов с выраженными трофическими нарушениями и открытыми трофическими язвами вследствие ВБ

существенно отягощает прогноз заболевания. В связи с потенциальным риском раневых осложнений многие хирурги сдержанно относятся к выполнению оперативных вмешательств, предусматривающих коррекцию нарушений венозной гемодинамики пациентам с ВТФ при открытой трофической язве. Как правило, этим пациентам проводится операция кроссэктомии и длительное консервативное лечение. В единичных работах представлен опыт радикального хирургического лечения пациентов с трофическими язвами ВБ и ВТФ. Таким образом, лечение данной категории пациентов требует решения вопросов хирургической тактики, выбора объема оперативного вмешательства и этапности лечения.

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с ВБ, осложненной ВТФ и открытыми трофическими язвами.

**Материал и методы.** В исследование вошли 40 пациентов с трофическими язвами вследствие ВБ (С6 по СЕАР) и ВТФ в бассейне БПВ. Все пациенты были разделены на две группы. В I группу включены 22 (55%) пациента, которым выполняли радикальное хирургическое лечение с применением малоинвазивных методик. II группа была сформирована на начальных этапах работы и состояла из 18 (45%) пациентов, которым выполняли кроссэктомию и проводили консервативное лечение. Женщин было 24 (60%), мужчин – 16 (40%). Средний возраст пациентов  $48,07 \pm 0,71$  лет. Диагностика ВТФ базировалась на данных клинического, лабораторного и инструментального методов обследования. Всем пациентам в срочном порядке выполняли полипозиционное цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на аппарате ULTIMA PRO-30 с использованием линейного датчика 5-10 МГц. Определяли локализацию и границы тромба, проходимость перфорантных вен (ПВ) и их недостаточность, характеристики венозных рефлюксов. При выявлении тромбированных и недостаточных ПВ осуществляли их картирование. ЦДС в последующем выполняли ежедневно в течение 7 сут, затем – по показаниям и в контрольные сроки: 3, 6, 12, 24, 36 мес. Пациентам I группы оперативное лечение выполняли под проводниковой анестезией. Хирургическое вмешательство выполняли поэтапно в определенной последовательности: кроссэктомия; затем SEPS несостоятельных ПВ, в случаях их тромбоза, подтвержденного эндоскопически, выполняли тромбэктомию. Тромбированный венозный ствол на бедре удаляли способом туннелирования под эндоскопическим контролем (патент Украины №40234). Данный способ позволяет с минимальной травмой для окружающих тканей выделить и удалить патологически измененный сегмент большой подкожной вены, выполнить тщательно гемостаз, тем самым, предупреждая развитие послеоперационных гнойных осложнений. Канал, образованный после удаления венозного тромбированного ствола, промывали раствором антисептика и дренировали. Учитывая выраженные трофические изменения на голени, у некоторых пациентов с практически впаиваемыми в кожу тромбированными венами не проявляли излишнего радика-

лизма. При выписке им даны рекомендации для проведения склеротерапии, которая была выполнена амбулаторно через 3 мес.

**Результаты и обсуждение.** Послеоперационный период у пациентов I группы протекал без осложнений. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6-7 суток. У всех пациентов данной группы язвы зажили до 12 - 16 нед. В сроки наблюдения до 3 лет рецидива их не зарегистрировано. Рецидива ВТФ у пациентов данной группы также не отмечено. В контрольной группе пациентов язвы полностью зажили лишь у 72,2%. Причем у 36,4% из них наступил рецидив ТЯ за трехлетний период наблюдения. Рецидив ВТФ отмечен у 3 (16,7%) пациентов II группы в сроки до одного года. Мониторинг ЦДС в послеоперационном периоде и контрольные сроки исключил поражение тромботическим процессом глубоких вен, отсутствовали недостаточные ПВ у пациентов I группы. Тогда как, у 2 (11,1%) пациентов II группы выявлен ТГВ на 3 и 7 сутки после кроссэктомии. Пребывание в стационаре пациентов после паллиативного лечения составило 9-11 сут. Целесообразность использования малотравматичного способа удаления тромбированного венозного ствола на бедре обусловлена тем, что при выраженных нарушениях венозной гемодинамики наступает вторичное нарушение лимфооттока, а иссечение подкожной основы вовлеченной в воспалительный процесс, в свою очередь, чревато повреждением лимфатических коллекторов с последующей лимфореей или вторичным лимфатическим отеком. В отличие от данных литературы, которые говорят о высокой травматичности хирургического вмешательства и большом количестве послеоперационных осложнений в условиях трофически измененных тканей, мы считаем целесообразным радикальное лечение осложненных форм ВБ. Для этого необходима этапность выполнения операции с коррекцией патологии ПВ. Использование SEPS предупреждает переход тромбоза на глубокие вены через несостоятельные ПВ. Применяя данный метод можно произвести полноценную ревизию субфасциального пространства и целенаправленный поиск тромбированных вен, тем самым нивелируя ложноотрицательные результаты ЦДС. Используемая нами активная хирургическая тактика лечения пациентов с помощью малоинвазивных и эндовидеохирургических вмешательств способствует решению проблемы превентивного и безрецидивного оперативного лечения ВБ, осложненной ВТФ, надежно предотвращая развитие ТГВ и ТЭЛА, а также снижая затраты на лечение.

**Выводы.** 1. Полипозиционное ЦДС способствует радикальному хирургическому лечению ВБ, осложненной ВТФ и трофическими язвами, которое избавляет от необходимости повторных операций и улучшает качество жизни пациентов. 2. Для профилактики ТГВ и ТЭЛА у пациентов с осложненными формами ВБ необходимо использовать активную хирургическую тактику с коррекцией макрогемодинамики эндоскопическими методами.

*Танрыбердиев М.О.*

## **ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

*Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии,  
г. Ашгабат, Туркменистан*

**Актуальность.** Частота развития варикотромбофлебитов, как осложнений варикозной болезни (ВБ), в последнее время неуклонно растет и представляет опасность самой жизни пациента из-за угрозы тромбоэмболии легочной артерии.

**Цель.** Анализ результатов лечения тромбоза подкожных вен, ствола большой подкожной вены (БПВ) и сафено-фemorального соустья (СФС) при ВБ и выработка рекомендаций, предотвращающих тромбоэмболию легочной артерии.

**Материал и методы.** Накоплен опыт лечения 35 пациентов с ВБ, осложненной тромбозом: 1) подкожных вен голени и бедра - 15 случаев; 2) ствола и притоков БПВ (без вовлечения СФС) - 11 эпизодов; 3) ствола БПВ и СФС у 9 пациентов. Из них: женщин - 22, мужчин - 13. Причем возраст пациентов от 21 до 61 года. Кроме того, 6 пациенток были беременными. Пациенты были госпитализированы в срок от 1 до 6 суток с момента появления осложнений ВБ. По локализации поражения наблюдалось следующее распределение тромбозов на левой нижней конечности был в 19 случаях, у 16 пациентов патология имела справа. Анамнез ВБ от 3 до 20 лет. Гиперпигментация и индурация тканей голени выявлена у 9 пациентов. Все пациенты прошли общеклиническое обследование и доплерографическое ангиосканирование. В I и II группе хирургическая коррекция была проведена по общепринятой методике - кроссэктомия и тотальный стриппинг. Но при наличии тромботических масс в стволе БПВ с переходом на СФС (III категория пациентов) мы придерживались следующей методики: 1) рассекали полностью поперек ствол тромбированной БПВ на 4 см ниже от места перехода в бедренную вену (БВ); 2) далее продольно рассекали переднюю стенку БПВ до места перехода в БВ (оставив 1-1,5 см); 3) удаляли порциями тромботические массы (пинцетом и в конце мощной струей физиологического раствора с гепарином) из ствола БПВ до тех пор, пока не получали профузное венозное кровотечение из СФС; 4) ревизия внутренних стенок культи БПВ на наличие остатков пристеночных тромбов с их последующим удалением; 5) выполнение кроссэктомии и стриппинга.

**Результаты и обсуждение.** Все 35 пациентов (включая беременных) оперированы в сроки до 46 часов с момента поступления. Беременным выполнена операция - кроссэктомия под местной инфильтрационной анестезией - 4 случая, под спинальной анестезией в 2 эпизодах - первичный этап операции до родоразрешения. Остальным 29 пациентам коррекция выполнена одномоментно полностью: кроссэктомия и то-