

## РОЛЬ ВЕНОЗНОГО РЕФЛЮКСА В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАССЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Ужгородский национальный университет,  
г. Ужгород, Украина

**Актуальность.** Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) является наиболее распространенным осложнением варикозной болезни нижних конечностей. Многолетние исследования патогенеза варикозной болезни доказывают, что в ее основе лежит формирование венозных рефлюксов. В подколенной ямке встречаются несколько венозных рефлюксов, и, в большинстве случаев, они взаимосвязаны.

**Цель.** Изучить роль венозного рефлюкса в развитии и прогнозировании острого варикотромбофлебита в бассейне малой подкожной вены (МПВ).

**Материал и методы.** На базе хирургической клиники ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгород было обследовано и пролечено 53 пациента с ОВТФ МПВ. Согласно международной классификации СЕАР пациенты распределились по стадиям следующим образом: С3 – 3 (5,7%), С4 – 27 (50,9%), С5 – 23 (43,4%). В качестве основного метода инструментальной диагностики использовали ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным картированием кровотока. Для осмотра МПВ и подколенной вены пациента укладывали на живот. Последовательно оценивали состояние поверхностной, глубокой и перфорантной венозных систем.

**Результаты и обсуждение.** Рефлюкс в МПВ в подколенной ямке, от устья до коленной щели, считали локальным. При этом, следует учитывать, что в МПВ объем рефлюкса очень мал за счет большого количества клапанов в подколенной вене, в результате чего варикоз МПВ развивается значительно реже. Наличие рефлюкса от устья впадения МПВ до средней трети голени трактовали, как распространенный. Вертикальный рефлюкс в системе МПВ от устья впадения до внешней косточки считали – тотальным. Локальный рефлюкс в МПВ диагностирован у 19 (35,8%), распространенный у 21 (59,6%), тотальный у 13 (24,5%) пациентов. Горизонтальный рефлюкс в перфорантных венах выявлен у всех пациентов, причем у 16 (30,2%) он был локальный, а у 10 (18,9%) пациентов – тотальный. При этом средний диаметр вен составлял  $5,8 \pm 0,9$  мм. Средняя продолжительность рефлюкса в поверхностной бедренной вене составляла  $4,4 \pm 1,1$ с, в подколенной вене –  $3,1 \pm 1,2$ с, в задних большеберцовых венах –  $1,9 \pm 0,5$ с. Гемодинамически значимый рефлюкс в поверхностной бедренной вене выявлен у 3 (5,7%), в подколенной – у 11 (20,8%), в задних большеберцовых – у 3 (5,7%) пациентов.

При изучении взаимоотношений рефлюксов крови в поверхностных, перфорантных и глубоких венах установлено, что у 49% пациентов каж-

дый из рефлюксов имел самостоятельный характер и гемодинамически не был связан друг с другом, а у 51% пациентов имело место действие как вертикального, так и горизонтального рефлюксов. При этом вертикальный рефлюкс выявлен в два раза чаще, чем горизонтальный, и практически у всех пациентов он доходил до верхушки тромба. Переход тромботического процесса через сафено-подколенное соустье диагностирован у 7 (13,2%) пациентов, флотирующий тромб – у 12 (22,6%), тромбоз перфорантных вен в бассейне МПВ – у 7 (13,2%) пациентов. При этом, выше проксимальной и ниже дистальной границы тромбоза в пределах 5 см диагностировано 11 (20,7%) несостоятельных перфорантных вен. Анализируя полученные данные, нами установлено, что большее количество несостоятельных перфорантных вен (8 – 73%) располагались ниже зоны тромбоза, а три – выше. По поводу этого возникает вопрос, не является ли такая ситуация угрозой перехода ОВТФ на глубокую венозную систему. В то же время, рост тромба в дистальном направлении, на наш взгляд, возможен только при наличии рефлюкса по задним большеберцовым венам через несостоятельные перфоранты и под его непосредственным влиянием на верхушку тромба. Подобный «ключкообразный» рефлюкс (контактирование с верхушкой тромба) содействует развитию тромбоза в дистальном или проксимальном направлении при клапанной несостоятельности глубокой венозной системы соответствующей зоны.

Таким образом, переход тромбоза на глубокие вены диагностирован у 24 (45,3%) пациентов без клинических проявлений. У 7 пациентов выявлен переход ОВТФ ствола МПВ на соустье, у 9 пациентов – ОВТФ с переходом тромбоза на венозные суральные синусы, у 4 пациентов – ОВТФ МПВ с переходом через вену Джакоми на глубокую вену бедра с флотирующей частью в бедренной вене. При этом рефлюкс в подколенной вене и суральных венах отмечен у 9 (17%) пациентов. Несостоятельность сафено-подколенного соустья диагностирована у 39 (73,6%) пациентов. Патологический венозный рефлюкс по стволу МПВ до места проксимальной границы тромбоза выявлен у 12 (22,6%) пациентов. У 42% пациентов с восходящим тромбофлебитом ствола МПВ процесс тромбообразования имел направление в сторону вертикального рефлюкса, что объясняет большое количество пациентов с флотирующими тромбами в подколенной вене и поражением соустья. Рефлюкс в суральных венах диагностирован у 6 (12%) пациентов.

**Выводы.** 1. Рефлюкс в МПВ возникает не только при недостаточности клапана сафено-поплитеального соустья, но возможен и вариант развития из суральных вен через несостоятельные перфоранты. 2. Одним из важных путей развития острого варикотромбофлебита МПВ является распространение на синусы икроножных мышц с их тромбозом. 3. Рефлюкс из суральных вен в МПВ провоцирует направление развития острого варикотромбофлебита МПВ в их сторону, но возможен и противоположный вариант развития острого варикотромбофлебита – распространение тромбоза с синусов икроножных мышц через перфоранты на МПВ.