

возникновения тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей у пострадавших с сочетанной травмой колеблется от 55 до 90%, причем в большинстве случаев при переломах костей голени ТГВ протекает бессимптомно.

**Цель.** Уточнение ранних клинических признаков посттравматического ТГВ при переломах костей бедра и голени при сочетанной травме, разработка дополнительных методов диагностики, профилактики и комплексного лечения костнососудистых повреждений дистальных отделов нижней конечности.

**Материал и методы.** В период с 2012 года у 132 пострадавших с сочетанной травмой для профилактики ТГВ нижних конечностей при переломах костей голени нами назначались низкомолекулярные гепарины (фраксипарин 0.1/10кг 2 раза в сутки или клексан 1мг/кг 2 раза) и антиагреганты (трентал, препараты никотиновой кислоты, реополиглюкин). Проводилась диагностика и контроль эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений при помощи ультразвукового ангиосканирования. Первое ультразвуковое ангиосканирование проводили не позднее, чем на 3-сутки после стабилизации общего состояния пациента, при отсутствии активного кровотечения или угрозы его развития и далее повторяли еженедельно до выписки пациента из стационара. Вышеуказанные профилактические мероприятия осуществляли всем пострадавшим.

**Результаты и обсуждение.** Из 132 пациентов с переломами костей бедра и голени у 79 осуществляли консервативные методы лечения, а 53 пострадавшим проводили оперативное лечение переломов. В послеоперационном периоде продолжали антикоагулянтную терапию, которую отменяли при наличии активного движения пациента в вертикальном положении, отсутствии признаков ТГВ нижних конечностей при ультразвуковом исследовании. У 98% пострадавших при еженедельном ультразвуковом ангиосканировании тромбоз вен нижних конечностей не выявлено. У пострадавших в послеоперационном периоде кровотечений отмечено не было.

**Выводы.** Следует отметить, что ранняя диагностика и своевременная профилактика ТГВ у пациентов с переломами костей бедра и голени позволяют снизить частоту гемодинамических расстройств в ближайшие и отдаленные сроки после лечения сочетанной травмы нижних конечностей, а также предупредить летальность от тромбоэмболических осложнений. Наша тактика лечения явилась эффективным и простым вариантом для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пострадавших с сочетанной травмой.

*Русин В.И., Корсак В.В., Болдижар П.А.*

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАССЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ**

*Ужгородский национальный университет,  
г. Ужгород, Украина*

**Актуальность.** Лечение острого варикотромбофлебита (ОВТФ) в бассейне малой подкожной вены (МПВ) разработано недостаточно. Это обусловлено относительной редкостью патологии и вариабельностью анатомических вариантов венозной системы в области подколенной ямки. Как правило, показанием к срочной операции при ОВТФ МПВ является локализация процесса в верхней трети голени.

Острый варикотромбофлебит МПВ приводит к тромбозу глубоких вен в 65,6% случаев, что связано со следующими обстоятельствами: ствол МПВ в сравнении с большой подкожной веной (БПВ) значительно меньшей длины, чем объясняется достаточно быстрое распространение тромбофлебита к сафено-подколенному соустью (СПС); большая анатомическая вариабельность, как места впадения устья МПВ, так и притоков, впадающих в нее, а также подколенную и суральные вены; высокая функциональная подвижность всех структур подколенной ямки и выраженность гемодинамических изменений (рефлюксов) при сгибании в коленном суставе, что увеличивает возможность отрыва флотирующих тромбов; сафено-подколенные тромбозы чаще имеют неокклюзивный, флотирующий характер; тромбофлебит не имеет манифестирующих клинических признаков, в связи с тем, что ствол МПВ расположен под фасцией в канале Пирогова, и большинство пациентов поздно обращаются с явлениями варикотромбофлебита в подколенной ямке в области СПС; удаление малой подкожной вены при выраженном паравазальном инфильтрате более травматичное и угрожает повреждением нервных стволов; тромбоз соустья необходимо дифференцировать с тромбозом перфорантных вен подколенной ямки и тромбозом дополнительной МПВ; возможность сообщения ствола МПВ с тромбозом суральных вен через икроножные перфоранты на венозные суральные синусы, в малоберцовые вены, через камбаловидный синус в глубокую вену голени; суральные вены могут впадать в ствол МПВ в подколенной ямке, и при их тромбозе процесс может перейти на СПС, при этом ствол МПВ остается интактным; сложности одновременно хирургического лечения ОВТФ МПВ и БПВ: необходимость поворачивать пациента на живот; неквалифицированные манипуляции на МПВ существенно увеличивают риск развития тромбозов глубоких вен; в подколенной ямке встречается несколько венозных рефлюксов, и в большинстве случаев они взаимосвязаны. Выявить и оценить их представляется возможным только при проведении цветного дуплексного сканиро-

вания и наличии квалифицированного специалиста.

**Цель.** Улучшение результатов лечения пациентов с ОВТФ в системе МПВ путем проведения адекватной диагностики с учетом вариантов построения проксимального отдела МПВ и суральных вен, выявления и коррекции патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ.

**Материал и методы.** В хирургической клинике ЗОКБ им. А. Новака на лечении по поводу ОВТФ системы МПВ находилось 53 пациента, из них в 10 случаях диагностированы атипичские формы. Лечение состояло из: 1) ликвидации угрозы тромбоэмболических осложнений путем тромбэктомии и временной перевязки тромбированного сосуда ниже соустья; 2) срочной радикальной флебэктомии с субфасциальной диссекцией перфорантов; 3) предотвращения при изолированном ОВТФ притоков МПВ распространения процесса на ствол МПВ и БПВ, а также недостаточные перфоранты путем флебэктомии.

**Результаты и обсуждение.** При плановых операциях на МПВ с целью устранения венозного рефлюкса в подколенной ямке хирург должен исходить из следующих позиций: 1) необходимо удалять только варикозно-измененные вены, но рефлюкс из перфорантных вен подколенной ямки может присутствовать и при нормальном СПС; 2) ликвидация всех источников рефлюкса, связанных с МПВ, что возможно только при помощи дооперационного цветного дуплексного сканирования; 3) перевязка СПС на уровне подколенной вены; 4) тромбэктомия из подколенной вены с последующим ее ушиванием при флотирующем в ней тромбе. Одним из ответственных этапов хирургического лечения при ОВТФ МПВ является удаление и резекция СПС с возможной тромбэктомией. Выбор доступа с учетом варианта аномалии приустьевоего отдела МПВ – очень важный этап операции. Доступ к устью МПВ более травматичен, чем к устью БПВ. Он связан с верификацией не только СПС, но и лежащих сосудов, нервов и взятием их на турникет. Учитывая наиболее частое построение СПС и его локализацию, взаимоотношение с суральными венами, а также отсутствие систематизированных знаний по данному виду патологии, нами выделены следующие варианты тромбоза СПС: 1) тромбоз ствола МПВ, 2) распространение тромбоза на подколенную вену, 3) тромбоз ствола МПВ вместе с общим суральным стволом, 4) распространение тромбоза на СПС из вены Джакомины, 5) распространение тромбоза на СПС из коммуниканта БПВ, 6) распространение тромбоза на СПС из суральных вен.

При наличии недостаточных и/или тромбированных перфорантов и при отсутствии тромбоза СПС первым этапом проводилась их непосредственная субфасциальная диссекция, а потом – кроссэктомия. Второй этап, непосредственно связанный с первым, – определение места и вариантов впадения суральных вен в подколенную вену и/или МПВ, или СПС. Этот момент чрезвычайно важен, так как суральные синусы могут впадать в терминальный отдел МПВ или БПВ, или же МПВ может впадать в устье икро-

ножного синуса и во время операции могут быть перевязаны или оторваны головки венозных суральных синусов. Третий этап – обработка несостоятельных тромбированных перфорантов. Четвертый этап – парциальная или тотальная флебэктомия ствола МПВ, при необходимости высечение тромбированных суральных синусов. Пятый – минифлебэктомия и/или склеротерапия притоков МПВ и высечение конгломератов поверхностных варикозно-расширенных тромбированных вен.

Количество и последовательность этапов может изменяться в зависимости от конкретного варианта варикотромбофлебита, но основным моментом является адекватная обработка мест впадения МПВ и суральных вен в подколенную.

**Выводы.** Четкое представление о вариантах построения проксимального отдела малой подкожной и суральных вен, выявление и коррекция патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ является принципиальным моментом адекватной диагностики и лечения острого варикотромбофлебита малой подкожной вены.

*Русин В.И., Корсак В.В.,  
Попович Я.М., Бойко С.А.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Ужгородский национальный университет,  
г. Ужгород, Украина*

**Актуальность.** Лечение тромбозов глубоких вен (ТГВ) в системе нижней полой вены (НПВ) посвящено большое количество работ, касающихся причин возникновения, механизмов развития, клинических проявлений, методов диагностики, показаний и противопоказаний к различным видам терапии. Лечение тромбозов в системе НПВ до сих пор не стандартизировано, отсутствует единый взгляд как на различные схемы консервативной терапии (терапия низкомолекулярными гепаринами, системный и регионарный тромболизис), так и на многочисленные хирургические методы лечения (пликация НПВ, тромбэктомия на фоне ускоренного кровотока или без него, имплантация кава-фильтров и др.). Показания и противопоказания к ним часто противоречат друг другу, а результаты лечения остаются неудовлетворительными. Тромбоэмболию легочной артерии, по-прежнему, считают одной из главных причин летальности в хирургических стационарах, а количество пациентов с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности (ХВН) неуклонно растет.

**Цель.** Обосновать показания к хирургической профилактике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

**Материал и методы.** В работе проанализированы результаты обследования и лечения 455 пациентов с ТГВ в системе НПВ, которые прошли лечение в отделении хирургии магистральных