

**Філіп Степан Степанович,**

доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри загальної хірургії,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
[Filip.uz@i.ua](mailto:Filip.uz@i.ua)  
<https://orcid.org/0000-0002-6549-3892>  
м. Ужгород, Україна

**Гаджега Іван Іванович,**

кандидат медичних наук, лікар-хірург,  
КНП «Ужгородська міська багатопрофільна клінічна лікарня» Ужгородської міської ради  
[v.dobosh@gmail.com](mailto:v.dobosh@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-2485-8266>  
м. Ужгород, Україна

**Шітев Анатолій Іванович,**

лікар-інтерн хірург,  
КНП «Ужгородська міська багатопрофільна клінічна лікарня» Ужгородської міської ради  
[drshitev@gmail.com](mailto:drshitev@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-1034-2405>  
м. Ужгород, Україна

## **Вибір лікувальної тактики у пацієнтів з гострим варикотромбофлебітом поверхневих вен нижніх кінцівок**

**Вступ.** Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) є найпоширенішим ускладненням варикозної хвороби поверхневих вен нижніх кінцівок. Найбільша небезпека ГВТФ полягає у загрозі трансфасціального тромбозу, і можливим виникненням тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Тенденція до активної хірургічної тактики при ГВТФ, накопичений теоретичний багаж та практичні аспекти вимагають систематизації та створення чітких алгоритмів лікування ГВТФ.

**Мета.** Покращити результати хірургічного лікування хворих із гострим варикотромбофлебітом у басейні великої підшкірної вени.

**Матеріали та методи.** У роботі проведено аналіз результатів лікування 87 пацієнтів з різноманітними формами гострого варикотромбофлебіту в басейні великої підшкірної вени, що знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КНП «Ужгородська районна клінічна лікарня» Ужгородської районної ради за період з 2018 по 2021 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Усі пацієнти були поділені на дві групи – основну і контрольну. У якості основної групи спостерігали 44 пацієнти, яким було виконано оперативні втручання, та в якості контрольної групи спостерігали 43 пацієнта, які отримували лише консервативне лікування. У 40 (90,2%) пацієнтів основної групи було виконано екстренні оперативні втручання. У випадках притокового ВТФ з ризиком трансфасціального тромбозу першим етапом виконували субфасціальне лікування неспроможних пронизних вен з наступною мініфлебектомією. У 34,8% з поширенням тромботичного процесу на ВПВ виконували кросектомію, короткий стріпінг на стегні, флебоцентез чи склерооблітерацію. У пацієнтів з верхівкою тромботичних мас у гирлі ВПВ обробку останнього, з метою попередження фрагментації тромбу, проводили після відкритої тромбектомії з венотомного розрізу термінального відділу ВПВ. При висхідному ВТФ зважаючи на швидке наростання тромботичного процесу в проксимальному напрямку у всіх пацієнтів першим етапом виконували кросектомію з подальшим коротким або довгим стріпінгом.

### **Висновки.**

1. У 45,1% пацієнтів з варикотромбофлебітом на гомілці процес локалізувався в магістральному стовбурі без залучення приток ВПВ, що дозволило виконати ізольоване видалення тромбованого сегменту ВПВ у 69,6% з них, у 30,4% пацієнтів – флебоцентез із склерооблітерацією.

2. При трансфасціальних тромбозах основним стандартом лікування є тромбектомія з поєднаною медикаментозною антикоагулянтною терапією.

3. У ранньому післяопераційному періоді добрий та задовільний результат спостерігали у всіх хворих. У віддаленому післяопераційному періоді добрий та задовільний результат виявили у 97,8%.

**Ключові слова:** гострий варикотромбофлебіт, поверхневі вени нижніх кінцівок, кросектомія.

**Filip Stepan Stepanovich**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of General Surgery, Uzhgorod National University, [Filip.uz@i.ua](mailto:Filip.uz@i.ua), <https://orcid.org/0000-0002-6549-3892>, Uzhgorod, Ukraine

**Hadzhega Ivan Ivanovych**, Surgeon, Municipal Non-Commercial Enterprise "Uzhgorod City Multidisciplinary Clinical Hospital of the Uzhgorod City Council", [v.dobosh@gmail.com](mailto:v.dobosh@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-2485-8266>, Uzhgorod, Ukraine

**Shitev Anatolii Ivanovych**, Intern Surgeon, Municipal Non-Commercial Enterprise "Uzhgorod City Multidisciplinary Clinical Hospital of the Uzhgorod City Council", [drshitev@gmail.com](mailto:drshitev@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-1034-2405>, Uzhgorod, Ukraine

## The choice of treatment tactics in patients with acute varicothrombophlebitis of the superficial veins of the lower extremities

**Introduction.** Acute thrombosis of varicose veins (ATVV) is the most common complication of varicose veins of the lower extremities. The greatest danger of ATVV is the threat of transfascial thrombosis, and the possible occurrence of pulmonary embolism (PE). The advantages of surgical interventions are a reduction in the duration of inpatient treatment, prevention of transfascial thrombosis and DVT, prevention of PE. The tendency towards active surgical tactics in the case of ATVV, the accumulated theoretical baggage and practical aspects require systematization and the creation of clear algorithms for the treatment of ATVV.

**Goal.** The purpose of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with ATVV in the basin of the great saphenous vein.

**Materials and methods.** The work analyzed the results of treatment of 87 patients with various forms of acute varicothrombophlebitis in the basin of the great saphenous vein who were treated in the surgical department of the Uzhhorod District Clinical Hospital for the period from 2018 to 2021.

**Research results and their discussion.** All patients were divided into two groups – main and control. 44 patients who underwent surgical interventions were observed as the main group, and 43 patients who received only conservative treatment were observed as a control group. Emergency surgical interventions were performed in 40 (90.2%) patients of the main group. In cases of tributary ATVV with a risk of transfascial thrombosis, the first step was subfascial ligation of failed penetrating veins followed by miniphlebectomy. Crossectomy, short thigh stripping, phlebocentesis, or scleroobliteration were performed in 34.8% with the spread of the thrombotic process to the GSV. In patients with the apex of thrombotic masses at the mouth of the GSV, treatment of the latter, in order to prevent thrombus fragmentation, was performed after open thrombectomy from a venotomal incision of the terminal section of the GSV. In the case of ascending DVT, taking into account the rapid growth of the thrombotic process in the proximal direction, in all patients, the first stage was crossectomy, followed by short or long stripping.

### Conclusions.

1. In 45.1% of patients with ATVV on the lower leg, the process was localized in the main trunk without involvement of IPV inflows, which made it possible to perform isolated removal of the thrombosed IPV segment in 69.6% of them, in 30.4% of patients – phlebocentesis with scleroobliteration.

2. For transfascial thrombosis, the main standard of treatment is thrombectomy with combined drug anticoagulant therapy.

3. In the early postoperative period, a good and satisfactory result was observed in all patients. In the remote postoperative period, a good and satisfactory result was found in 97.8%.

**Key words:** acute thrombosis of varicose veins, superficial veins of the lower extremities, crossectomy.

**Вступ.** Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) є найпоширенішим ускладненням варикозної хвороби поверхневих вен нижніх кінцівок. Найбільша небезпека ГВТФ полягає у загрозі трансфасціального тромбозу, і можливим виникненням тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

ГВТФ у 39,2–95,9% випадків виникає у басейні великої підшкірної вени (ВПВ) У 90–97% випадках варикотромбофлебіт починається у крупних притоках або самому стовбурі великої підшкірної вени (ВПВ). На гомілці ГВТФ локалізується в середній або нижній третині у 60–70% випадків [2, 8]. Поширеність тромбозу глибоких вен на фоні ГВТФ складає 30%. Перехід ГВТФ на глибокі вени здебільшого відбувається приховано і не завжди проявляється клінічно. Тромбоемболія легених артерій (ТЕЛА), яка проявляється клінічно або підтвердженими результатами скінтиграфії легень у хворих на варикотромбофлебіт, складає у середньому 5,4%. Поширеність безсимптомної тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії при поєднанні ГВТФ з тромбозом глибоких вен за даними різних джерел сягає 33,3% [1, 5].

Основні принципи лікування хворих з ГВТФ є загальними як для консервативного, так і оперативного лікування і передбачає наступні завдання: попередити поширення тромботичного процесу на глибокі вени; ліквідувати запальні зміни у стінках вен і оточуючих тканинах; ліквідувати варикозну трансформацію поверхневих вен; виключити рецидив тромбофлебіту.

У лікуванні ГВТФ існують два принципово відмінних підходи: консервативний та хірургічний. Прихильники першого підходу вважають, що лікування хворих з ГВТФ повинно бути переважно консервативним

з використанням антикоагулянтних, протизапальних і флеботропних засобів [7].

В той же час є велика кількість прихильників активної хірургічної тактики. Перевагами оперативних втручань є зменшення терміну стаціонарного лікування, попередження трансфасціального тромбозу та ТГВ, профілактика ТЕЛА [2, 3, 5].

Тенденція до активної хірургічної тактики при ГВТФ знаходить своє відображення у стандартизованих національних та міжнародних протоколах ведення пацієнтів. Своєчасне та адекватне хірургічне лікування ГВТФ дає можливість попередити висхідний характер процесу, надійно перекрити шляхи можливого трансфасціального переходу тромбозу на глибоку венозну систему і попередити розвиток ТЕЛА. Накопичений теоретичний багаж та практичні аспекти вимагають систематизації та створення чітких алгоритмів лікування ГВТФ.

**Методологія та методи дослідження.** Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування хворих із гострим варикотромбофлебітом у басейні великої підшкірної вени.

У роботі проведено аналіз результатів лікування 87 пацієнтів з різноманітними формами гострого варикотромбофлебіту в басейні великої підшкірної вени, що знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КНП «Ужгородська районна клінічна лікарня» Ужгородської районної ради за період з 2018 по 2021 роки.

Усі пацієнти були поділені на дві групи – основну і контрольну. У якості основної групи спостерігали 44 пацієнти, яким було виконано оперативні втручання, та в якості контрольної групи спостерігали 43 пацієнта, які отримували лише консервативне лікування. Вік хворих коливався у межах від 18 до

83 років, середній вік –  $51 \pm 2,4$  років. З них чоловіків було 16 (36,8%) пацієнтів та 28 (63,2%) жінок в основній групі та 12 (34,7%) чоловіків і 31 (65,3%) жінок у контрольній групі.

Більш ніж половина хворих (52,7%) госпіталізовані в стаціонар протягом 3–5 доби від моменту початку захворювання, що переважно було пов'язано з низькою обізнаністю пацієнтів із небезпечними ускладненнями варикотромбофлебіту

Причини пізньої госпіталізації (27,6%) після 6 доби – пов'язана з самолікуванням та пізнім зверненням за медичною допомогою, неефективним амбулаторним лікуванням, прогресуванням тромботичного процесу.

Обстеження пацієнтів із гострим варикотромбофлебітом проводили з використанням загальноклінічних методів. Для оцінки ступеня і динаміки набряку застосовували антропометричний метод вимірювання окружності кінцівки на чотирьох стандартних рівнях (середина стопи, рівень гомілковостопного суглоба, рівень середньої третини гомілки, рівень верхньої третини гомілки).

Основним інструментальним методом обстеження було ультразвукове ангіосканування з кольоровим доплерівським картуванням Alpinion з набором лінійних (5–10 МГц) та конвексних (2–5 МГц) датчиків.

Згідно класифікації гострого варикотромбофлебіту F.Verrel, F. Stollman (1996) модифікованої Русин В.І. і співавт. (2012) пацієнти були розподілені наступним чином:

**I тип** – варикотромбофлебіт без залучення пригирлових клапанів або глибоких вен – 79,5% пацієнтів основної та 75,2% контрольної груп:

**II тип** – досягнення краніальною порцією тромба пригирлових клапанів ВПВ без тромбування пронизних вен – 14,5% і 20 16,5% відповідно;

**III тип** – варикотромбофлебіт із проникненням тромбу через пригирлові клапан ВПВ у глибокі вени без тромбування пронизних вен – 4,7% і 7 5,8% відповідно;

**IV тип** – проникнення тромбу через неспроможні пронизні вени у глибоку венозну систему при ізольованому варикотромбофлебіті вени Леонарда – 1,3% і 3,5% хворих відповідно.

Переважає більшість хворих основної групи з гострим варикотромбофлебітом у басейні великої підшкірної вени мали виражену клінічну картину варикозної хвороби – (50,0%), гіперпигментацію та індурацію шкіри гомілки спостерігали у 28,6%, тромбофлебіт на фоні загоєної або відкритої трофічної виразки виявили у 7,3% та 2,1% пацієнтів відповідно.

У пацієнтів основної і контрольної груп, зокрема в 77,8% і 82,6% хворих відповідно виявили супутню патологію. Серед супутніх захворювань переважали ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, злоякісні пухлини (55,1% та 54,5% відповідно), гінекологічні захворювання (27,4% та 25,6% відповідно), цукровий діабет (22,6% та 20,7%), ожиріння (29,1% та 32,2% відповідно). При цьому, у 53,8% пацієнтів основної та 56,2% хворих контрольної груп було одночасно два і більше супутніх захворювань.

Серед факторів, що сприяли розвитку гострого варикотромбофлебіту у жінок найбільш часто зустрічаються гінекологічні захворювання – у 66,9% спостережень основної групи та в 64,6% спостережень контрольної групи. Серед сприяючих факторів гострого варикотромбофлебіту в басейні ВПВ у чоловіків переважали онкологічні захворювання – у 44,2% пацієнтів основної групи та 40,5% – контрольної.

Одразу ж після інструментального підтвердження діагнозу гострого варикотромбофлебіту пацієнтам призначали антикоагулянтну терапію, крім того застосовували флеботропні, спазмолітичні протизапальні та знеболюючі засоби та призначали носіння еластичного трикотажу II або III (при трофічних змінах) класу компресії, підвищене положення нижніх кінцівок у ліжку.

В якості антикоагулянтної терапії призначали низькомолекулярні гепарини. Добову дозу розраховували відповідно до ваги хворого та поділяли на 1 або 2 введення залежно від тривалості дії НМГ. Призначене лікування рахували передопераційною підготовкою та продовжували в післяопераційному періоді.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** У 40 (90,2%) пацієнтів основної групи було виконано оперативні втручання в екстремному порядку в день поступлення у хірургічний стаціонар. 4 (9,8%) хворих, у зв'язку з вираженою супутньою патологією, потребували більш ретельного дообстеження та корекції передопераційної підготовки і були прооперовані протягом 2–3 доби з моменту поступлення в стаціонар на фоні антикоагулянтної терапії.

Хірургічно проліковано 7 пацієнти з притоковим варикотромбофлебітом у басейні великої підшкірної вени. Виявлення притокового ГВТФ слугувало показом до термінової операції. Найбільшого значення надавали тромботичній оклюзії вени Леонардо у зв'язку з небезпекою поширення тромботичного ураження через неспроможні пронизні вени на глибоку венозну систему. Першим етапом виконували субфасціальне лігування неспроможних пронизних вен (рис. 1.1), а потім лігування з відсіченням вени у місці впадіння у ВПВ та МПВ з наступним видаленням притоки з декількох мініфлебектомічних доступів. У 4 пацієнтів з тромботичною оклюзією вени



**Рис. 1.1.** Інтраопераційне фото: субфасціальне лігування неспроможної пронизної вени

Леонардо та відсутністю неспроможних пронизних вен виконали лігування тромбованої притоки у місці впадіння у ВПВ. У 34,8% пацієнтів у патологічний процес, крім тромбованої притоки, був залучений частково або повністю стовбур ВПВ. Об'єм оперативного втручання зростає, оскільки хірургічна тактика була спрямована як на ліквідацію тромботичного процесу та попередження його переходу на стовбур ВПВ, а також на ліквідацію венозного рефлюксу та попередження рецидиву захворювання.

Так, у пацієнтів з тромботичною оклюзією латеральної додаткової гілки ВПВ та розповсюдженим рефлюксом на стегні, недостатністю остіального та преостіального клапанів, ділянками локальних екстазії ВПВ на стегні було проведено кросектомію, короткий стріпінг на стегні, флебоцентез з латеральної додаткової гілки та виконанні склерооблітерації останньої.

У 2 хворих з тромботичним ураженням медіальної міжсафенної вени та розповсюдженим венозним рефлюксом на стегні та гомілці з ділянками варикозної екстазії стегнового та гомілкового сегментів ВПВ виконали кросектомію, стовбурову склерооблітерацію з лігуванням притоки у місці впадіння у малу підшкірну вену. У 10 (21,8%) з 44 пацієнтів верхня межа тромботичного ураження ВПВ локалізувалася у верхній третині гомілки. Слід зазначити, що у всіх пацієнтів не спостерігали варикозної трансформації стегнового сегменту ВПВ та його тромботичного ураження. У 5 (45,1%) пацієнтів спостерігали ізольоване тромботичне ураження варикозно зміненого гомілкового сегменту ВПВ без залучення в процес приток. У 3 (69,6%) хворих виконали ізольоване видалення тромбованого варикозно зміненого гомілкового сегменту ВПВ, а у 2 (30,4%) – виконали флебоцентез з наступною стовбуровою склерооблітерацією гомілкового сегменту ВПВ. У 5,9% пацієнтів спостерігали наявність тромбованої варикозно зміненої притоки гомілкового сегменту ВПВ, яка була джерелом тромбоутворення та поширення тромботичного процесу на ВПВ. Об'єм оперативного втручання у даних пацієнтів, крім видалення патологічно зміненого тромбованого гомілкового сегменту ВПВ, розширювали за рахунок видалення тромбованої притоки ВПВ на гомілці.



Рис. 1.2. Етапи кросектомії

У 9,8% виконано флебоцентез з тромбованого гомілкового сегменту ВПВ з наступною катетерною стовбуровою склерооблітерацією з видаленням тромбованої варикозно зміненої притоки ВПВ на гомілці. При цьому, у 3 пацієнтів додатково виконали субфасціальне лігування неспроможних пронизних вен.

У 4 (9,0%) з 44 хворих прооперували з приводу гострого варикотромбофлебіту стегнового сегменту ВПВ. Тромботичне ураження стегнового сегменту ВПВ виникало при висхідному прогресивному наростанні тромботичної оклюзії з гомілкового сегменту. Оперативне втручання у таких випадках розпочинали з кросектомії (рис. 1.2).

У подальшому у 3 пацієнтів виконали довгий стріпінг, а у одного пацієнта – флебоцентез на стегні з наступною катетерною стовбуровою склерооблітерацією всього варикозно зміненого стовбуру ВПВ.

Після кросектомії та флебоцентезу та стегні операцію доповнили видаленням тромбованої притоки ВПВ на стегні, з них 2 потребували субфасціального лігування неспроможної пронизної вени на гомілці.

Хірургічне лікування з приводу тотального варикотромбофлебіту (ТВТФ) отримали 12 пацієнтів. До тотального варикотромбофлебіту відносили протяжний тромбоз варикозно зміненого магістрального стовбуру із одночасним захопленням стегнового та гомілкового сегментів ВПВ.

На першому етапі проводили кросектомію. У пацієнтів з верхівкою тромботичних мас у гирлі ВПВ обробку останнього, з метою попередження фрагментації тромбу, проводили після відкритої тромбектомії з венозного розрізу термінального відділу ВПВ (рис. 1.3). Наступним етапом виконували довгий стріпінг. ВПВ при ТВТФ, з метою запобігання рецидиву тромбозу, видаляли на всьому протязі незалежно від нижнього рівня тромботичного ураження. У 2 пацієнтів наявність неспроможних пронизних вен у нижньо-середній третині стегна, що вважалося абсолютним протипоказом до венекстракції. Видалення стегнового сегменту ВПВ у цих випадках проводили з окремих розрізів після субфасціального лігування неспроможної вени.

У 4 пацієнтів з локалізацією нижньої межі тромботичного ураження в середній-нижній третинах гомілки



Рис. 1.3. Інтраопераційне фото: венотомний розріз тромбованого гирла великої підшкірної вени

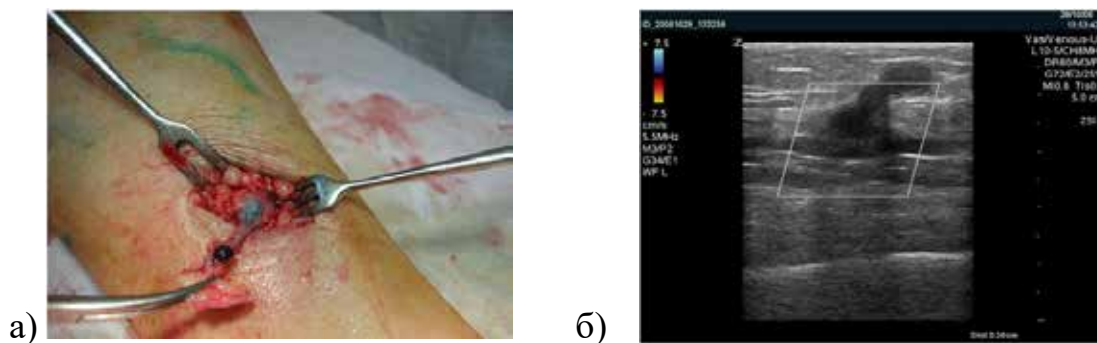


Рис. 1.4. Тромбований перфорант Коккета: інтраопераційне фото (а) та ультразвукова картина (б)

після видалення стегнового сегменту ВПВ виконали флебоцентез з наступною стовбуровою склерооблітерацією. Показом до флебоцентезу слугували відсутність варикозних змін венозної стінки.

Хворі з висхідним варикотромбофлебітом склали найбільшу групу дослідження. Кількість пацієнтів з висхідним варикотромбофлебітом складала 18 (29,6%) з 44 пацієнтів. У всіх пацієнтів тромботичний процес мав дистальну межу на гомілці та прогресивно поширювався на стегно.

Оперативне лікування розпочинали з кросектомії. Наступним етапом, залежно від стану флебогемодинаміки в гомілковому сегменті ВПВ, були короткий або довгий стріпінг, флебоцентез на стегні та/або гомілці з наступною катетерною стовбуровою склерооблітерацією.

Короткий стріпінг на стегні виконали у 3 хворих, з них у 2-х операцію доповнили видаленням тромбованої притоки. Довгий стріпінг виконали більш ніж у половини 52,2% хворих з наступним видаленням тромбованих варикозно змінених приток ВПВ на стегні та гомілці. При цьому, поширення тромботичного процесу на медіальну додаткову гілку ВПВ спостерігали у 3 хворих, латеральну додаткову гілку ВПВ – у 1, передню аркову вену – 2, медіальну міжсафенну гілку – 2 та поєднання декількох приток ВПВ – у 1 пацієнтів.

З приводу трансфасціального тромбозу (ТФТ) у басейні ВПВ прооперовано 6 пацієнтів. У всіх пацієнтів при переході тромботичного процесу на глибоку венозну систему спостерігали флотацію верхівки тромботичних мас. Локалізація верхівки тромбу при ТФС в басейні ВПВ була наступною: зовнішня клубова вена

(у 1 пацієнта); загальна стегнова вена – у 3 хворих; сафено-фemorальне співгірло – у 1 хворого; пронизні вени гомілки – у 1 хворого.

Всі операційні втручання виконували в ургентному порядку. Зважаючи на необхідність проведення напіввідкритої тромбектомії на пробі Вальсальви з сафено-фemorального співгірла, загальної стегнової або пронизної вени гомілки об'єм операційного втручання зменшували. При частковій фіксації флотуючої верхівки до передньої стінки загальної стегнової вени та значній протяжності флотуючого тромбу (4 см і більше) виконували відкриту тромбектомію з венотомного доступу під візуальним контролем.

При тромботичній оклюзії пронизної вени гомілки виконували відкриту тромбектомію до отримання задовільного ретроградного кровоплину з наступним лікуванням останньої (рис. 1.4). У післяопераційному періоді до виписки зі стаціонару провели оцінку результатів хірургічного лікування у всіх 44 (100%) пацієнтів та консервативного у 43 (100%) хворого.

Найбільш достовірними критеріями оцінки післяопераційного періоду у основній групі до моменту виписки пацієнта вважали: перебіг післяопераційного періоду; післяопераційний ліжко-день; регрес симптомів венозної недостатності нижніх кінцівок.

Безпосередні результати операційного лікування гострого варикотромбофлебіту оцінили у 44 пацієнтів основної групи, зокрема:

– у 42 (94,4%) пацієнтів результати хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту оцінили як добрі;

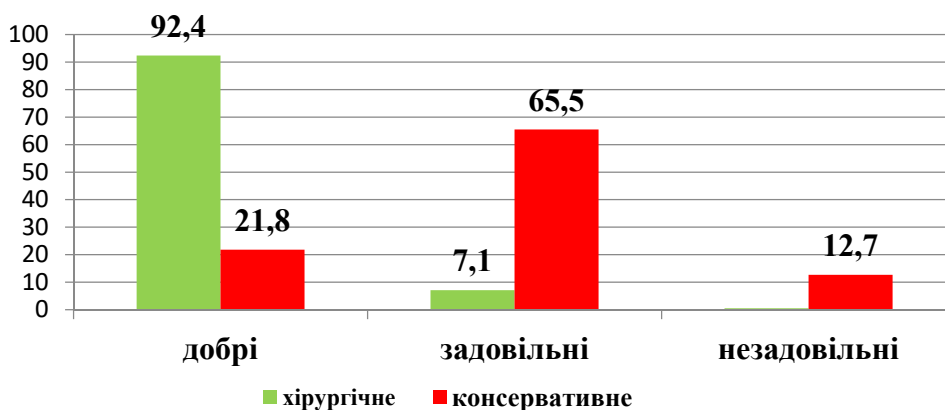


Рис. 1.5. Результати лікування гострого варикотромбофлебіту протягом року



Рис. 2. Алгоритм хірургічної тактики у хворих з ГВТФ

– у 2 (5,6%) результати хірургічного лікування вважали задовільними.

При оцінці результатів у контрольній групі у періоді до 1 місяця з моменту призначеного консервативного лікування добрі результати спостерігали у 23,1% з 43 пацієнта, задовільні – у 73,6% та незадовільні – у 3,3% хворих. На основі проведеного дослідження пропонуємо алгоритм хірургічного лікування хворих у ГВТФ у басейні ВПВ.

Таким чином, оперативне лікування гострого варикотромбофлебіту дозволяє досягти позитивного результату у всіх хворих, а при консервативному лікуванні тільки у 33,9%, де решта пацієнтів мали клінічні прояви ХВН.

#### Висновки:

1. У 45,1% пацієнтів з варикотромбофлебітом на гомілці процес локалізувався в магістральному стовбурі без залучення приток ВПВ, що дозволило виконати ізольоване видалення тромбованого сегменту ВПВ у 69,6% з них, у 30,4% пацієнтів – флебоцентез із склерооблітерацією.

2. При трансфасціальних тромбозах основним стандартом лікування є тромбектомія з поєднаною медикаментозною антикоагулянтною терапією.

3) У ранньому післяопераційному періоді добрий та задовільний результат спостерігали у всіх хворих. У віддаленому післяопераційному періоді добрий та задовільний результат виявили у 97,8%.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

**Інформація про фінансування.** Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

#### Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Філіп С.С. – розробка концепції і дизайну дослідження, редагування;

Гаджега І.І. – збір матеріалу, підготовка тексту, аналіз отриманих даних;

Шітев А.І. – збір матеріалу, підготовка тексту.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Filip SS, Rusyn VV, Hadzheha II. Taktyka likuvannia prytkovoho varykotrethromboflebitu. *Klinichna khirurghiia*. 2020; ;87(9-10):44-7. URL: <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2020.9-10.44> [In Ukrainian].
2. Di Minno MND, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2016;14(5):964-72

3. Filip SS, Hadzheha II. Kilkisna otsinka symptomiv khronichnoi venoznoi nedostatnosti pislia khirurhichnoho likuvannia hostroho varykotreboflebitu u baseini velykoi pidshkirnoi veny. *Kharkivska khirurhichna shkola*, 2021; 1(105):112-117. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.4.2020.01> [In Ukrainian].
4. Dubois-Silva Á, Barbagelata-López C, Piñeiro-Parga P, Francisco I, Falga C, Tirado R, et al. Prognostic significance of concomitant superficial vein thrombosis in patients with deep vein thrombosis of the lower limbs. *Thromb Haemost.* 2021;(AAM)
5. Rusyn VI, Korsak VV, Boldizhar PO, Levchak YuA. Varykotromboflebit. Monohrafiia. Uzhhorod: Karpaty; 2012. 288 p. [In Ukrainian].
6. Boiko S, Boldizhar O, Boldizhar P, Horlenko F, Huberhrits N, Dronov O, et al. *Khirurgiia: pidruchnyk: u 2 tomakh. T.2.* Rusyn VI, Kondratenko PH, editors. Vinnytsia: Nova knyha; 2019. 702 p. [In Ukrainian].
7. Finazzi G, Ageno W. Direct oral anticoagulants in rare venous thrombosis. *Intern Emerg Med.* 2016;11(2):167–70.
8. Popovych Ya.M., Rusyn V.V., Kochmar O.M., Shitev A.I. Kolateralnyi krovoplyn pry trombozakh u stehnovomu venoznomu kolektori. DOI: 10.21802/artm.2020.4.16.91. *Art of Medicine* 2020. 4 (16) zhovten-hruden. [In Ukrainian].