

Частота ускладнень була низькою і не перевищувала очікуваних показників: поверхневий тромбофлебіт –3,7% при ізольованій ТА та 4,6% при комбінованому лікуванні; тромбоз глибоких вен –<1% в обох групах.

Отримані результати свідчать, що одномоментна пінна склеротерапія не впливає на анатомічний успіх термальної абляції ВПВ, проте має істотне значення для формування клінічного результату лікування. Усунення варикозно змінених приток зменшує венозне перевантаження, прискорює регрес симптомів та знижує по-

требу у повторних втручаннях, особливо у пацієнтів із клінічними класами СЕАР С3–С5.

Висновки. Одномоментна пінна склеротерапія у поєднанні з термальною абляцією ВПВ не змінює частоту реканалізації магістральної вени, проте достовірно покращує клінічні результати лікування за рахунок зменшення потреби у повторних втручаннях. Комбінований підхід є безпечним і доцільним, особливо у пацієнтів із поширеним варикозним ураженням.

Лікування тромбозів глибоких вен у пацієнтів з бойовою травмою кінцівок

Соколов О. В., Бузмаков Д. Л., Кисілевський Д. О.

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність. Бойова травма кінцівок супроводжується поєднанням масивного ушкодження м'яких тканин та судин, тяжкої крововтрати, судинними ускладненнями, вимушеною іммобілізацією та несвоєчасними лікувальними заходами. Сукупність цих факторів формує високий ризик тромбозу глибоких вен та його ускладнених форм. На перебіг патологічного процесу при пораненні суттєвий вплив мають вираженість тканинного дефекту, строк доставки до стаціонару, неадекватна антикоагулянтна терапія і обсяг гемотрансфузії. Недостатньо вивчені питання впливу цих показників на розповсюдженість та морфологію тромбу, а також покази та терміни хірургічної тромбектомії при флотуючих тромбах.

Мета. Визначити клініко–морфологічні особливості тромбозу глибоких вен (ТГВ) у пацієнтів з бойовою травмою кінцівок та встановити залежність частоти й характеру тромбозу від обсягу ушкодження м'яких тканин, строку старту антикоагулянтної терапії, ступеню крововтрати та об'єму трансфузійної терапії.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на базі Університетської клініки Дніпровського державного медичного університету та КНП «Міська клінічна лікарня №16» ДМР за період від 2022 до 2025 року. Проаналізовано 184 клінічних випадки бойової травми кінцівок, всі чоловіки, середній вік 35 ± 9 років. Верифікація ТГВ проводилась дуплексним ультразвуковим скануванням із оцінкою локалізації, розповсюдженості та наявності флотуючого сегменту. Пацієнтів стратифікували за обсягом ушкодження м'яких тканин на групи помірної, великої та критичної дефекту; за строком надходження до стаціонару та початку антикоагулянтної терапії – до 24 годин, 24 – 72 та понад 72 години; за ступенем крововтрати – мала, середня та значна. Окремо аналізували підгрупу з нефіксованими (флотуючими) тромбами. При цьому довжина флотуючого сегменту оцінювали за довжиною: до 2 см, від 2 до 4 см та понад 4 см. Був

проведений кореляційний аналіз між клінічними факторами та морфологічними параметрами тромбозу.

Результати. Загальна частота підтвердженого ТГВ у вибірці становила 28%. У групі помірної ушкодження м'яких тканин ТГВ виявляли у 14% випадків, з великим дефектом – у 29%, критичним – у 46%, що демонструвало достовірний позитивний зв'язок між обсягом тканинного дефекту та ризиком тромбозу ($r \approx 0,48$; $p < 0,01$). При надходженні та старту терапії антикоагулянтами в межах першої доби – ТГВ було діагностовано у 12% поранених, терміном 24–72 години – у 27%, понад 72 години – у 44% ($r \approx 0,52$; $p < 0,01$). У пацієнтів з малою крововтратою та мінімальною трансфузією частота ТГВ становила 15%, із середнім ступенем – 31%, із значним – 49%; обсяг гемотрансфузії також корелював із розповсюдженістю залучених в тромбоз сегментів ($r \approx 0,43$; $p < 0,01$).

Флотуючі тромби діагностували у 17% випадків ТГВ. При довжині флотуючого сегмента до 2 см ознак прогресії на тлі антикоагулянтної терапії не спостерігалось. При довжині 2–4 см – ризик проксимального поширення зростав до 22%. Розмір тромбу понад 4 см характеризувався найвищим ступенем емболонебезпечності та ризиком прогресування; у цій підгрупі виконували відкриття тромбектомію, яка запобігала подальшій проксималізації тромбу та розвитку клінічних проявів тромбоемболічних ускладнень. Збільшення довжини тромбу корелювало із більшою масивністю ушкодження, пізньою антикоагулянтною терапією та обсягом трансфузії.

Висновки. Ризик ТГВ при бойовій травмі кінцівок достовірно зростає зі збільшенням обсягу ушкодження м'яких тканин, затримкою старту антикоагулянтної терапії та величиною крововтрати й трансфузійного навантаження. Протяжність тромбу і флотуючий характер мають ключове значення для вибору тактики лікування; при довжині флотуючого сегменту понад 4 см доцільно розглядати хірургічну тромбектомію.