



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1 (124) 2024

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 31 від 15.01.2024 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва

Підписано до друку 18.01.2024 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2024

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Заступники головного редактора
П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Зміни «вуглеводного мікроелементозу»
в крові з ліктьових та уражених
вен нижніх кінцівок хворих
на варикозну хворобу з коморбідним
цукровим діабетом 2 типу 44
*В. О. Шапринський, Р. В. Пилипенко,
Н. В. Семененко, В. Р. Тагеев*

The changes of “carbohydrate microelementosis”
in the blood from cubital and affected veins
of the lower extremities of patients
with varicose vein disease and comorbid
diabetes mellitus type-2 44
*V. O. Shaprinskiy, R. V. Pylypenko,
N. V. Semenenko, V. R. Taheiev*

Удосконалення лікування варикозної хвороби,
ускладненої варикотромбофлебітом на підставі
вивчення d-димеру. 50
В. О. Прасол, І. С. Пуляєва, О. В. Прасол

Improvement of the treatment of varicose
veins complicated by varicothrom-bophlebitis
based on the study of d-dimer 50
V. O. Prasol, I. S. Puliaeva, O. V. Prasol

**ХІРУРГІЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ
ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ**

**SURGERY OF GUNSHOT WOUNDS
AND COMBAT TRAUMA**

Використання проміневих методів
у діагностиці післятравматичних
перикардитів під час воєнних дій 54
*В. В. Бойко, П. М. Замятін, К. Г. Міхневич,
О. В. Панченко, Д. П. Замятін, О. О. Кравцова,
Л. В. Провар, Є. С. Яценко, Г. А. Новікова,
А. Л. Веселий, І. Б. Халатурник*

Use of radiation methods in the diagnosis
of post-traumatic pericarditis during
military operations. 54
*V. V. Boyko, P. M. Zamyatin, K. G. Mikhnevich,
O. V. Panchenko, D. P. Zamyatin, O. O. Kravtsova,
L.V. Provar, E. S. Yatsenko, G. A. Novikova,
A. L. Veselyi, I. B. Khalaturnyk*

Внутрішньолегевені крововиливи
при закритій бойовій травмі
грудної клітки 62
*В. В. Бойко, В. А. Хащина, Д. В. Мінухін,
А. А. Серенко, В. В. Ткаченко, В. В. Крицак,
П. І. Корж, П. Р. Абдуллаєв*

Intrapulmonary hemorrhages
in closed combat trauma
of the chest. 62
*V. V. Boyko, V. A. Khashchyna, D. V. Minukhin,
A. A. Serenko, V. V. Tkachenko, V. V. Krytsak,
P. I. Korzh, P. R. Abdullaev*

Хірургічна корекція постампутаційного
болю в куксі після вогнепальних поранень
та бойових травм 67
*Г. А. Прохоренко, І. С. Богдан, В. Є. Малицький,
О. І. Мартинюк, А. І. Богдан, З. О. Плахтир,
Н. Я. Стасишин*

Surgical treatment of postamputation
residual limb pain after gunshot wounds
and combat trauma 67
*G. A. Prokhorenko, I. S. Bohdan, V. Ye. Malyskyj,
O. I. Martyniuk, A. I. Bohdan, Z. O. Plakhtyr,
N. Ya. Stasyshyn*

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

LITERATURE REVIEW

Причини розвитку ускладнень при накладанні
товстокишкових анастомозів 71
В. В. Бойко, Д. В. Оклей, С. О. Неменко

The reasons for the development
of complications during colonic anastomoses. 71
V. V. Boyko, D. V. Okley, S. O. Nemenko

Сучасний стан питання діагностики
та вибору лікування хворих
на спайкову хворобу очеревини 78
*В. В. Бойко, Д. О. Євтушенко, І. А. Тарабан,
Д. В. Мінухін, А. С. Лавриненко, К. А. Вишняков*

The current state of diagnosis
and treatment of patients with
peritoneal adhesive disease 78
*V. V. Boyko, D. O. Yevtushenko, I. A. Taraban,
D. V. Minukhin, A. S. Lavrynenko, K. A. Vyshniakov*



В. О. Прасол^{1,2},
І. С. Пуляєва¹,
О. В. Прасол²

¹ ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

² Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ НА ПІДСТАВІ ВИВЧЕННЯ D-ДИМЕРУ

Резюме. *Вступ.* За даними Європейської спілки судинних хірургів, оперативне втручання з приводу варикозної хвороби можливе через 3 місяці після перших симптомів варикотромбофлебіту. Існує певна категорія пацієнтів, які не мають змоги чекати на оперативне втручання увесь рекомендований термін через низку соціальних обмежень. Ми вирішили дослідити об'єктивні дані, що дали б змогу оцінити можливість більш раннього оперативного втручання.

Мета роботи: дослідження термінів реканалізації тромбозу та рівня D-димеру на фоні лікування варикотромбофлебіту, визначення їх взаємозв'язку, а також залежності від об'єму тромботичних мас.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження було включено 20 осіб з наявним варикотромбофлебітом. У 15 пацієнтів варикотромбофлебіт визначався у басейні ВПВ, у 5 — в басейні МПВ. Період спостереження тривав 60 діб. Усі пацієнти отримували 2.5 мг фондапаринуксу 1 раз на день та компресійну терапію панчолами II класу компресії протягом 45 діб. Хворих умовно було розподілено на три клінічних групи: I група з об'ємом тромботичних мас менше 4000 мм³ (n=7), II група з об'ємом 4001–5999 мм³ (n=7), III група — більше за 6000 мм³ (n=6). Досліджувались рівень реканалізації та кількісний D-димер (нормальним значенням D-димеру вважалося менше 500 нг/мл) на 30, 45 та 60 добу спостереження, з урахуванням вихідного об'єму тромботичних мас, розрахованих на підставі діаметру та протяжності тромбозу.

Результати дослідження. У I групи середній відсоток реканалізації та рівень D-димеру на 30 добу складав 55%/693 нг/мл, на 45 добу — 80%/651 нг/мл, на 60-ту добу — 100%/309 нг/мл відповідно. II група мала дещо повільнішу динаміку реканалізації, та незначне підвищення рівню D-димеру на 45 добу: на 30 добу — 40%/723 нг/мл, на 45 добу — 70%/794 нг/мл, на 60-ту добу — 100%/431 нг/мл відповідно. Дані III групи є схожими з II групою: на 30 добу — 45%/729 нг/мл, на 45 добу — 65%/823 нг/мл, на 60-ту добу — 95%/482 нг/мл відповідно.

Висновки. У більшості пацієнтів має місце повна реканалізація тромбозу сафенного стовбуру протягом 60 діб. Реканалізація та зниження рівню D-димеру значною мірою залежать від протяжності тромбозу та діаметру тромбованого стовбуру. Помітно, що нормальні рівні D-димеру корелюють з повною реканалізацією, що на наш погляд свідчить про можливість проводити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби.

Ключові слова: варикозна хвороба, варикотромбофлебіт, реканалізація тромбозу, D-димер.

Вступ

Варикотромбофлебіт досить тривало був нозологією, якій приділяли замало уваги. Проте, з плином часу та поширенням ультрасонографії виявилось, що хворі на варикотромбофлебіт мають значний відсоток (до 36%) розповсюдження тромбозу з поверхневої венозної сис-

теми в глибоку [1-6]. Існують два патофізіологічних процеси, що обумовлюють одночасне співіснування тромбозу глибоких вен (ТГВ) та варикотромбофлебіту: безпосереднє розповсюдження тромбу до глибокої венозної системи через сафенофеморальне/сафенопоплітальне з'єднання або перфорантні вени та стан сис-



темної гіперкоагуляції [1, 2]. За даними Barbara Binder, при обстеженні 46 пацієнтів з ультрасонографічно підтвердженим варикотромбофлебітом, 24% мали супутній, переважно безсимптомний, ТГВ. У 73% цих пацієнтів ТГВ виник на ураженій нозі, у 9% — на контрлатеральній нозі та у 18% було наявне ураження обох нижніх кінцівок [7]. Найчастіше були ураженими вени литкових м'язів. У всіх пацієнтів із ТГВ локалізація варикотромбофлебіту була обмежена гомілкою, а результати якісного дослідження D-димеру були позитивними.

Очевидно, що найбільш грізним ускладненням варикотромбофлебіту є тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Результати мета-аналізу, проведеного M. N. D. Di Minno, який включав 22 дослідження із загальною кількістю пацієнтів із варикотромбофлебітом, свідчать про те, що ТЕЛА наявна у приблизно 7% [8]. P. Fгаррй провів багатоцентрове дослідження, під час якого виявив 8 хворих із клінічно-значущою ТЕЛА серед 171 пацієнта з варикотромбофлебітом (4,7% [95% ДІ, 2,0%–9,0%]) [9].

Діагностика варикотромбофлебіту не є складним питанням у сучасних умовах. Необхідно проведення ультрасонографії, а саме двобічної WLUS, на противагу триточкової CUS, задля виявлення/виключення супутнього асимптомного ТГВ, а при наявності ТГВ визначення його пов'язаності з тромбозом поверхневої венозної системи [10].

Як відомо з клінічних рекомендацій Європейської спілки судинних хірургів щодо венозного тромбозу, у пацієнтів з варикотромбофлебітом, а точніше тромбозом стовбуру підшкірної вени протяжністю ≥ 5 см рекомендована антикоагулянтна терапія не менше 45 діб, компресійна терапія, а оперативне втручання з приводу варикозної хвороби нижньої кінцівки, ускладненої варикотромбофлебітом можливе не раніше ніж через 3 місяці після виникнення перших симптомів [10].

Останній пункт ми вирішили більш детально дослідити. На жаль, через повномасштабне вторгнення до нашої клініки почали звертатись військові з варикотромбофлебітом, що потребували якомога швидшого лікування та повернення до бойових дій.

До того ж, тривала антикоагулянтна терапія є небезпечною для цієї категорії хворих, оскільки антикоагулянти підвищують ризики фатальної кровотечі при постійній загрозі отримання бойової травми. З огляду на вищеперераховане було прийнято рішення: дізнатись, чи можливо проводити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби раніше ніж через 3 місяці після маніфестації варикотромбофлебіту задля радикального вирішення цього питання.

Мета роботи

Дослідження термінів реканалізації тромбозу та рівня D-димеру на фоні лікування варикотромбофлебіту, визначення їх взаємозв'язку, а також залежності від об'єму тромботичних мас.

Матеріали та методи дослідження

До дослідження було включено 20 осіб з наявним варикотромбофлебітом, що знаходилися на обстеженні та лікуванні у відділенні хірургії гострих захворювань судин ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України». Критеріями включення були:

1. Підтверджений на УЗД варикотромбофлебіт

2. Давність симптомів не більше 7 діб на момент початку терапії

Критеріями виключення були:

1. Супутній ТГВ/ТЕЛА

2. Постійний прийом антикоагулянтів на момент виникнення симптомів

3. Наявність протипоказань до антикоагулянтної та компресійної терапії

4. Несafenна форма варикотромбофлебіту

Серед пацієнтів 12 (60%) — жінки, 8 — чоловіки (40%). Середній вік хворого складав 54 роки (від 30 до 77). У 15 пацієнтів варикотромбофлебіт визначався у басейні ВПВ, у 5 — в басейні МПВ. Пацієнти, що мали несafenну форму варикотромбофлебіту в дослідження участі не брали, оскільки несafenна форма варикотромбофлебіту не є показанням до антикоагулянтної терапії.

Період спостереження тривав 60 діб. Усі пацієнти отримували 2.5 мг фондапаринуксу 1 раз на добу згідно з клінічними рекомендаціями Європейської спілки судинних хірургів (клас I B) та компресійну терапію панчолами II класу компресії протягом 45 діб.

Хворих умовно було розподілено на три клінічних групи: I група з об'ємом тромботичних мас менше 4000 мм³ (n=7), II група з об'ємом 4001-5999 мм³ (n=7), III група — більше за 6000 мм³ (n=6).

Досліджувались рівень реканалізації та кількісний D-димер (нормальним значенням D-димеру вважалось менше 500 нг/мл) на 30, 45 та 60 добу спостереження, з урахуванням вихідного об'єму тромботичних мас, розрахованих на підставі діаметру та протяжності тромбозу. Оцінка ультрасонографічних параметрів під час усіх контрольних оглядів проводилась одним і тим самим спеціалістом на одному й тому самому УЗД-апараті.

Результати досліджень та їх обговорення

За період спостереження явка пацієнтів на контрольні огляди 100%. Жодної клінічно-значущої кровотечі або епізоду венозного тром-

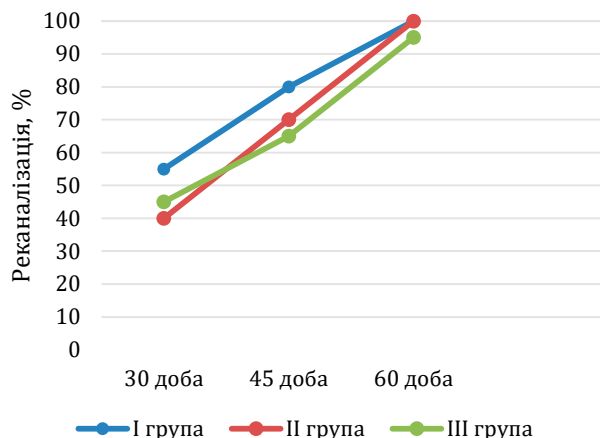


Рис. 1. Графік динаміки реканалізації в кожній з досліджуваних груп під час контрольних оглядів на 30, 45 та 60 добу спостереження

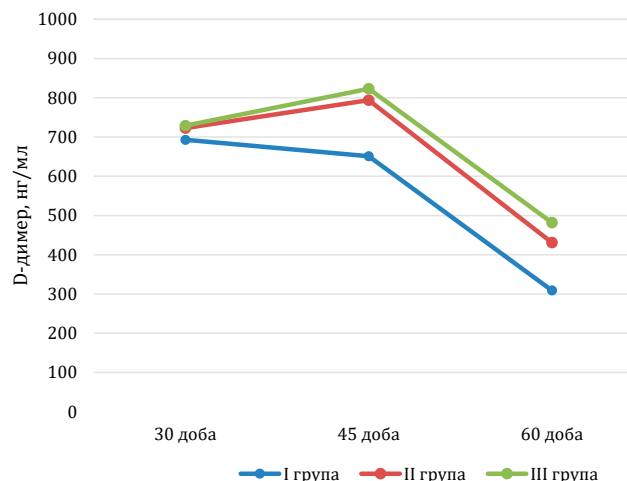


Рис. 2. Графік динаміки титру D-димеру в кожній з досліджуваних груп під час контрольних оглядів на 30, 45 та 60 добу спостереження

боемболізму, збільшення протяжності тромбозу зафіксовано не було.

Таблиця 1

Результати реканалізації та рівню D-димеру у пацієнтів з варикотромбофлебітом на 30, 45 та 60 добу спостереження

Досліджувані групи	Реканалізація, %			D-димер, нг/мл		
	30 доба	45 доба	60 доба	30 доба	45 доба	60 доба
I група	55	80	100	693	651	309
II група	40	70	100	723	794	431
III група	45	65	95	729	823	482

Як видно з даних табл. 1, у всіх пацієнтів I та II групи на 60 добу має місце повна реканалізація тромбозу та в пацієнтів усіх груп рівень D-димеру знизився до нормальних значень.

На рис. 1 наведено графік динаміки реканалізації в кожній з досліджуваних груп під час контрольних оглядів на 30, 45 та 60 добу спостереження.

Судячи за графіком, темпи реканалізації були більшими у I групи.

Динаміка титру D-димеру в кожній з досліджуваних груп під час контрольних оглядів на 30, 45 та 60 добу спостереження у вигляді графіка представлена на рис. 2.

За графіком можна прослідити, що перед зниженням, в групі II та III спостерігалось незначне підвищення рівня D-димеру на 45 добу, у порівнянні з 30-ю. На відміну від II та III груп, в I групі зниження рівню D-димеру було постійним.

Висновки

У більшості пацієнтів можна побачити повну реканалізацію стовбуру сафенної вени на момент закінчення спостереження. Реканалізація та зниження рівню D-димеру значною мірою залежать від загального об'єму тромбозу та є прямо пропорційні протяжності тромбозу та діаметру тромбованого стовбуру.

У великого відсотка хворих можна побачити підвищення рівня D-димеру на 45 добу у порівнянні з 30, що на нашу думку пов'язано з більш активним розпадом фібрину.

Щодо 60 доби, можна побачити що нормальні рівні D-димеру корелюють з повною реканалізацією, що на наш погляд свідчить про можливість проводити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби.

REFERENCES

- Lutter KS, Kerr TM, Roedersheimer LR, Lohr JM, Sampson MG, Cranley JJ. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. *Surgery* 1991; 110: 42–6.
- Barrelier MT. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs. *Actualités Vasculaires Internationales* 1993; 17: 7–9.
- Bergqvist D, Jaroszewski H. Deep vein thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the leg. *BMJ* 1986; 292: 658–9.
- Gillet JL, Perrin M, Cayman R. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs: etude prospective portant sur 100 patients. *J Mal Vasc* 2001; 26: 16–22.
- Bounameaux H, Reber-Wasem MA. Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis. A controversial association. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1822–4.
- Blumenberg RM, Barton E, Gelfand ML, Skudder P, Brennan J. Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1998; 27: 338–43.
- Binder B, Lackner HK, Salmhofer W, Kroemer S, Custovic J, Hofmann-Wellenhof R. Association between superficial vein thrombosis and deep vein thrombosis of the lower extremities. *Arch Dermatol* 2009; 145: 753–7.



8. Di Minno G, Mannucci PM, Tufano A, Palareti G, Moia M, Baccaglioni U, Rudelli G, Giudici GA; First Ambulatory Screening On Thromboembolism (FAST) Study Group. The first ambulatory screening on thromboembolism: a multicentre, cross-sectional, observational study on risk factors for venous thromboembolism. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 1459–66.
9. Frappi P, Buchmuller-Cordier A, Bertoletti L, Bonithon-Kopp C, Couzan S, Lafond P, Leizorovicz A, Merah A, Presles E, Preynat P, Tardy B, Dăcousus H; STEPH Study Group. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost* 2014; 12: 831–8.
10. Stavros K, Kakkos, Manjit Gohel a,y, Niels Baekgaard, Rupert Bauersachs, Sergi Bellmunt-Montoya, Stephen A. Black, Arina J. ten Cate-Hoek et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis, 2021; 61: 9-82

IMPROVEMENT
OF THE TREATMENT
OF VARICOSE VEINS
COMPLICATED
BY VARICOTHROM-
BOPHLEBITIS BASED
ON THE STUDY
OF D-DIMER

V. O. Prasol,
I. S. Puliaeva,
O. V. Prasol

Summary. *Introduction.* According to the European Society of Vascular Surgeons, surgery for varicose veins is possible 3 months after the first symptoms of varicothrombophlebitis. There is a certain category of patients who cannot wait for surgical intervention for the entire recommended period due to a number of social restrictions. We decided to investigate objective data that would allow us to assess the possibility of earlier surgical intervention.

Aim: To study the terms of thrombosis recanalization and the level of D-dimer during treatment of varicothrombophlebitis, determination of their relationship, as well as dependence on the volume of thrombotic masses.

Materials and methods. The study included 20 people with existing varicothrombophlebitis. In 15 patients, varicothrombophlebitis involved GSV, in 5 - SSV. The observation period lasted 60 days. All patients received 2.5 mg of fondaparinux 1 time per day and compression therapy with class II compression stockings for 45 days. Patients were conditionally divided into three clinical groups: Group I with a volume of thrombotic masses less than 4000 mm³ (n = 7), Group II with a volume of 4001-5999 mm³ (n = 7), Group III — more than 6000 mm³ (n = 6). The level of recanalization and quantitative D-dimer (the normal value of D-dimer was considered less than 500 ng/ml) were studied on the 30th, 45th and 60th day of observation, taking into account the initial volume of thrombotic masses, calculated on the basis of the diameter and extent of thrombosis.

Results. In the I group, the average percentage of recanalization and the level of D-dimer on the 30th day was 55%/693 ng/ml, on the 45th day — 80%/651 ng/ml, on the 60th day — 100%/309 ng/ml, respectively. Group II had slower dynamics of recanalization, and a slight increase in the D-dimer level on day 45: on day 30 — 40%/723 ng/ml, on day 45 — 70%/794 ng/ml, on day 60 — 100 %/431 ng/ml, respectively. The data of the III group are similar to the II group: on the 30th day — 45%/729 ng/ml, on the 45th day — 65%/823 ng/ml, on the 60th day — 95%/482 ng/ml, respectively.

Conclusions. Most patients have complete recanalization of saphenous vein thrombosis within 60 days. Recanalization and reduction of the D-dimer level largely depend on the extent of thrombosis and the diameter of the thrombosed vein. Moreover, normal levels of D-dimer correlate with complete recanalization, which in our opinion indicates the possibility of surgical intervention for varicose veins.

Key words: *varicose veins, varicothrombophlebitis, thrombosis recanalization, D-dimer.*