

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 617.57; 616.13-005.755-089-07

РАДЖАБОВ ДОРИЮШ РАДЖАБОВИЧ

**СРАВНЕНИЕ ДВУХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ
ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.26-Сердечно-сосудистая хирургия

Душанбе – 2023

Диссертационная работа выполнена на кафедре хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Султанов Джавли Давронович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»; заместитель директора ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» по науке

Официальные оппоненты: **Рахматуллаев Рахимжон** – доктор медицинских наук, директор ЗАО «Лечебно-диагностический центр «Вароруд» г. Турсунзаде Республики Таджикистан;

Пулатов Орифджон Негматович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением сосудистой хирургии ГУ «Согдийский областной центр кар-диологии и сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Ведущее учреждение: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится « 06 » марта 2023 г. в «12:00» часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-060 при ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, www.mjijdr.tj, +992915250055.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2023 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

О. Нетьматзода

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Острый тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей продолжает занимать одну из лидирующих позиций среди ургентной патологии сосудистой системы и встречается у 50,4-300 человек на 100.000 населения в год [Андрияшкин В.В. и др., 2018; Кириенко А.И. и др., 2012; Bowden S., 2021]. Одним из грозных его осложнений является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), которая в 12,7-98,2% случаев приводит к летальному исходу [Бокерия Л.А. и др., 2016; Лебедев И.С. и др., 2022; Giordano N.J. et al., 2017].

Несмотря на значительные успехи в диагностике и терапии ТГВ нижних конечностей, остаётся много нерешенных проблем в плане предотвращения тяжелых последствий данной патологии [Игнатъев И.М. и др., 2022; Bistervels I.M. et al., 2022; Chaitidis N. et al., 2022]. Одной из таковых является посттромботическая болезнь (ПТБ), которая развивается у 85-95% пациентов, перенесших острый тромбофлебит, зависящая от степени реканализации глубоких вен [Nakamura H. et al., 2021; Jasionowska S. et al., 2022]. До 40% случаев в отдаленном периоде не отмечается существенной реканализации тромбированных вен и развивается окклюзионная форма ПТБ, имеющая более тяжелое клиническое течения и сопровождающая пациента до конца жизни [Калинин Р.Е. и др., 2016; Оганесян О.А. и др., 2020; Iding A.F.J., TenCate-Hoek A.J., 2022].

Развитие хронической окклюзии магистральных вен с тяжелой хронической венозной недостаточностью чаще всего отмечается среди лиц трудоспособного возраста, и, по данным отечественных специалистов, 38% пациентов становятся инвалидами II-III групп [Гаибов А.Д. и др., 2016; Гиясова П.Ф., 2007; Махмадализода Ф.М. и др., 2019; Неъматзода О., 2021]. Также вследствие появления трофических язв и других осложнений ПТБ нарушается социальная адаптация пациентов, негативно влияющая не только на состояние здоровья, но и на качество их жизни [Сушков С.А. и др., 2018; Хрыщанович В.Я. и др., 2021]. Важно отметить, что не все больные из отдалённых регионов нашей республики в остром периоде ТГВ получают надлежащее лечение [Гаибов А.Д. и др., 2016; Неъматзода О., 2021]. В связи с этим своевременная диагностика, организация квалифицированного лечения ТГВ в остром периоде и проведение реабилитационной терапии являются актуальнейшей задачей, так как от этого зависит частота и тяжесть течения ПТБ.

В контексте данной проблемы требуется детальное изучение факторов, влияющих на процесс реканализации тромбированных вен, и особенностей эндотелиальной дисфункции в отдаленном периоде после перенесенного тромбоза [Калинин Р.Е. и др., 2020; Небылицин Ю.С. и др., 2018].

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении тромбоза магистральных вен конечностей, в Республике Таджикистан остается много нерешённых проблем касательно тактики лечения в остром периоде и динамического наблюдения за больными в отдалённом периоде и вопросы проведения реабилитационной терапии.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Несмотря на научно-технический прогресс в области медицины, в частности разработку новых стратегий лечения и ведения больных с острым ТГВ нижних конечностей и ПТБ, остается много нерешённых проблем. В частности, до настоящего времени

существуют разные мнения о различных способах консервативного лечения венозного тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Отсутствует единый консенсус по тактике ведения пациентов с ПТБ, остается дискуссионным выбор метода и продолжительность назначения антикоагулянтов в отдаленном периоде после перенесенного тромбоза, требуют дальнейшего изучения особенности венозной эндотелиальной дисфункции и способы её коррекции у этой категории пациентов. Исходя из этого, совершенствование объёма проведенной консервативной терапии при остром ТГВ нижних конечностей, динамический контроль за больными в последующем, полноценная регулярная реабилитационная терапия имеют важное научное и практическое значение в решении различных вопросов данной проблемы.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Диссертационная работа выполнена в рамках выполнения Постановления Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, за №676 «О перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» и совместной НИР кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ГУ РНЦССХ «Пути улучшения ранней диагностики и комплексного лечения острого тромбоза магистральных вен и их последствий» (ГР № 0119ТJ01018).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Снижение тяжести течения посттромботической болезни путём усовершенствования тактики лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей и реабилитационной терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения и возможности ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей и при динамическом контроле венозной гемодинамики при посттромботической болезни.

2. Провести динамическую комплексную оценку лабораторных показателей плазменного гемостаза при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей и посттромботической болезни на фоне проведения антикоагулянтной терапии.

3. Оптимизировать комплексную консервативную терапию тромбоза глубоких вен нижних конечностей в острой фазе и на этапе реабилитации пациентов.

4. Оценить эффективность двух стратегий лечения острого венозного тромбоза и их влияния на течение посттромботической болезни и качество жизни пациентов.

Объект исследования. Объектом настоящего исследования послужили 54 пациента с острым тромбозом глубоких вен и 69 больных с посттромботической болезнью нижних конечностей, которым диагностика и лечение венозной патологии проведены по стандартному и по усовершенствованному алгоритмам.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение факторов риска развития ТГВ нижних конечностей, характер и распространённость тромботического процесса, лабораторный контроль свёртывающей системы крови на фоне проводимого лечения в острой фазе и в реабилитационном периоде,

изучение процесса реканализации в разных сроках наблюдения, изучение степени посттромботических изменений глубоких вен и состояния венозной гемодинамики, тяжести течения хронической венозной недостаточности, особенностей изменения показателей качества жизни пациентов.

Научная новизна исследования

Изучены особенности клинического течения и определены возможности и значение ультразвукового дуплексного сканирования в топической диагностике острого венозного тромбоза, распространённости тромботического процесса и выборе тактики лечения острого тромбоза, а также в динамике наблюдения за процессом реканализации глубоких вен в отдалённом периоде.

Установлено, что при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей происходит повышение активности плазменного гемостаза и фибринолитической активности плазмы. При врожденной тромбофилии выявлено трудно корригируемое нарушение свёртываемости крови с тенденцией к гиперкоагуляции (удостоверение на рационализаторское предложение, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» №3416/R407 от 08.01.2021 г.).

Оптимизирована комплексная консервативная терапия острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей путем комбинированного применения двух антикоагулянтов нового поколения, фибринолитической терапии, корректоров эндотелиальной дисфункции и паравазального введения лекарственной смеси. Доказана высокая эффективность предложенной тактики в снижении частоты развития окклюзионных форм посттромботической болезни в отдалённом периоде (удостоверение на рационализаторское предложение, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» №3416/R407 от 08.01.2021 г.).

Изучая динамику посттромботических изменений в пораженных венах, тяжести течения хронической венозной недостаточности и показателей качества жизни пациентов в разные сроки наблюдения после тромбоза глубоких вен, доказана высокая эффективность оптимизированной тактики комплексного лечения и реабилитационной терапии. Доказано, что в разные сроки после перенесения тромбоза глубоких вен нижних конечностей отмечаются значимые нарушения показателей качества жизни пациентов, обусловленные нарушением венозного оттока из нижних конечностей на почве хронической окклюзии сосудов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей проявляется отеком, цианозом и болевым синдромом в пораженной конечности, а также функциональным снижением артериального кровообращения в дистальных сегментах конечностей, выраженность которых зависит от давности заболевания, распространённости и локализации тромботического процесса. Основными ультразвуковыми признаками венозного тромбоза являются: наличие гипо- или гиперэхогенного интравазального пристеночно или полностью обтурирующего просвет сосуда включения, отсутствие кровотока в пораженном сегменте, а также утолщение и неподатливость венозной стенки. Оценивая состояние процесса реканализации глубоких вен нижних конечностей дуплексным сканированием в сроках до 6 месяцев, можно прогнозировать дальнейшее его течение.

2. При остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей отмечается дисбаланс плазменного гемостаза с тенденцией к повышенному

тромбообразованию. На фоне антикоагулянтной терапии система гемостаза претерпевает значительные изменения в сторону нормо- или гипокоагуляции. При врожденных тромбофилиях с дефицитом мембранного белка интегрина альфа 2 (ITGA2) и интегрина b-3 (ITGB3) на фоне антикоагулянтной терапии не отмечается стойкой гипокоагуляции с увеличением показателей активированного частичного тромбопластинового времени и международного нормализованного отношения.

3. Предложенная усовершенствованная тактика консервативного лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей с паравазальным введением лекарственной смеси и реабилитационная терапия с продленным назначением антикоагулянтов нового поколения позволяет не только значительно снизить частоту окклюзионных форм посттромботической болезни, но и благоприятно устранить артериальный спазм, что приводит к улучшению кровообращения пораженной конечности.

4. Сравнительная оценка развития посттромботической болезни в разных сроках наблюдения в двух группах доказала решающее значение оптимального полноценного лечения в остром периоде тромботического поражения глубокой венозной системы нижних конечностей. В разные сроки после перенесения тромбоза глубоких вен нижних конечностей отмечаются нарушения показателей качества жизни пациентов. Наиболее низкие показатели качества жизни отмечаются при развитии тяжелой степени посттромботической болезни из-за значимого нарушения венозного оттока вследствие окклюзии пораженных венозных сегментов. Применение антикоагулянтов нового поколения, антиоксидантов и донаторов оксида азота в острой фазе заболевания позволяет значительно снизить частоту развития окклюзионной формы посттромботической болезни, тем самым улучшить показатели качества жизни пациентов.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. В ходе проведенного исследования изучены особенности клинико-инструментальных проявлений и факторы риска развития острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей, которые дополняют существующие данные и могут быть использованы в качестве теоретической основы для дальнейших научных исследований.

Результаты проведенных исследований позволили выявить причины тяжелых форм хронической венозной недостаточности и высокую частоту окклюзионных форм посттромботической болезни у больных, получавших неполноценное лечение, без участия специалиста. Кроме того, применение предложенного усовершенствованного способа комплексного лечения острого тромбоза глубоких вен улучшило результаты лечения, способствуя более благоприятному течению посттромботической болезни, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

Использование дуплексного сканирования при первичном осмотре больных, динамическое обследование в острой фазе тромбоза и в последующем в период посттромботической болезни позволит оценить характер течения заболевания и определить тактику лечения. Базовой основой тактики лечения острой фазы тромбоза глубоких вен нижних конечностей являются: сочетанное применение двух антикоагулянтов, паравазальное введение лекарственной смеси, а также динамический контроль за свёртывающей системой крови.

Предложенные практические рекомендации будут способствовать улучшению организационных вопросов оказания квалифицированной помощи больным с острым тромбозом глубоких вен, повышению знания практических врачей по тактике лечения больных данной патологией.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов и основных научных положений настоящего диссертационного исследования обеспечена критическим анализом уже проведенных научных исследований, правильно поставленными планом и задачами работы, сбором достаточного количества клинического материала, использованием высокоинформативных современных инструментальных и лабораторных методов исследования, глубоким, детальным анализом полученных результатов, внедрением полученных результатов в клиническую практику. Также достоверность выводов и практических рекомендаций, полученных в ходе исследования, подтверждается слепым рецензированием и публикациями в рецензируемых научных изданиях.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Использованные в работе клиничко-инструментальные методы исследования и способы лечения, а также цель, задачи и предмет исследования соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.26-Сердечно-сосудистая хирургия.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование. Диссертантом определены основные идеи исследования. Автор, самостоятельно проанализировав современную литературу по изучаемой проблеме, лично проводил ведение большинства пациентов и участвовал в процессе лечения, самостоятельно проводил сбор и анализ клинического материала, статистически обработал полученные результаты и усовершенствовал лечение острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Автор опубликовал научные статьи и тезисы по теме диссертации в различных журналах и конференциях, а также принимал непосредственное участие в проведении ультразвуковых исследований и лечении пациентов. Ранние и отдаленные результаты исследования изучены автором лично.

Внедрение и практическое применение результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на: XXIV Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева, Москва 25-28 ноября, 2018); Годичных научно-практических конференциях молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2016; 2018; 2020); Международной научно-практической конференции РНЦССХ «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии» (Душанбе, 2020); Годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (Душанбе, 2020); Международном симпозиуме ТГМУ имени Абуали ибни Сино, посвященном «Проблема инфекционных патологий» (Душанбе, 2022). Диссертационная работа обсуждена на заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, протокол №9 от 03.06.2021г).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 5 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ. Получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 144 страницах компьютерного текста (шрифт 14, интервал 1,5), состоит из введения, обзора литературы, материала и методов, 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и перечня литературы, включающего 67 источников на русском и 62 - на иностранных языках. Текст иллюстрирован 16 таблицами и 28 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Объектом настоящего исследования явились 123 больных, 54 из которых с острым ТГВ (основная группа (ОГ) лечились стационарно в отделении хирургии сосудов РНЦССХ, и 69 (контрольная группа (КГ) – лечение ТГВ получали в других лечебных учреждениях по стандартной схеме и впервые обратились к профильному специалисту с ПТБ нижних конечностей. Распределение пациентов в зависимости от пола и возраста представлено на рисунке 1.

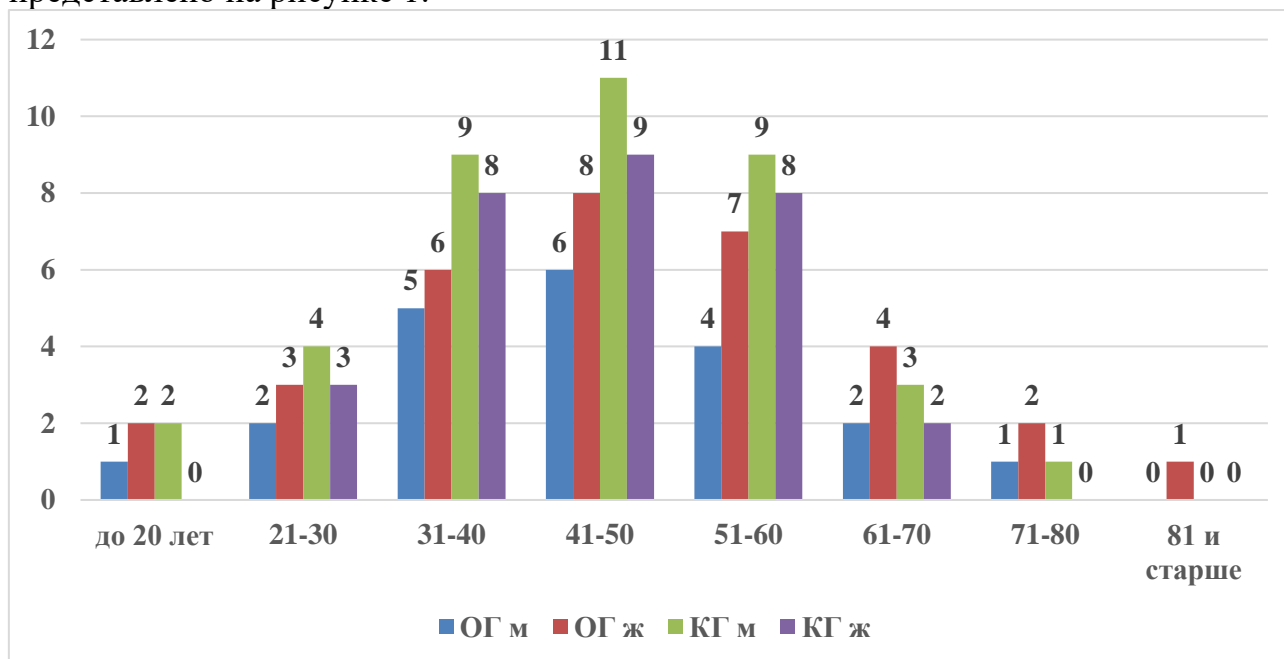


Рисунок 1. - Распределение пациентов в зависимости от пола и возраста

Пациентов женского пола было 63 (51,22%), мужского - 60 (48,78%) человек. Возраст варьировал от 16 до 84 лет, составив в среднем $51,2 \pm 2,2$ года. Значимой разницы по полу и возрасту среди пациентов в обеих группах не отмечалось, 64,2% больных явились лицами молодого и среднего трудоспособного возраста.

Распределение пациентов по локализации тромботического процесса представлено на рисунке 2. У более половины ($n=73$; 59,4%) из них отмечался проксимальный тромбоз (илео-феморальный сегмент), у 16,3% - тромботическое поражение дистальных вен.

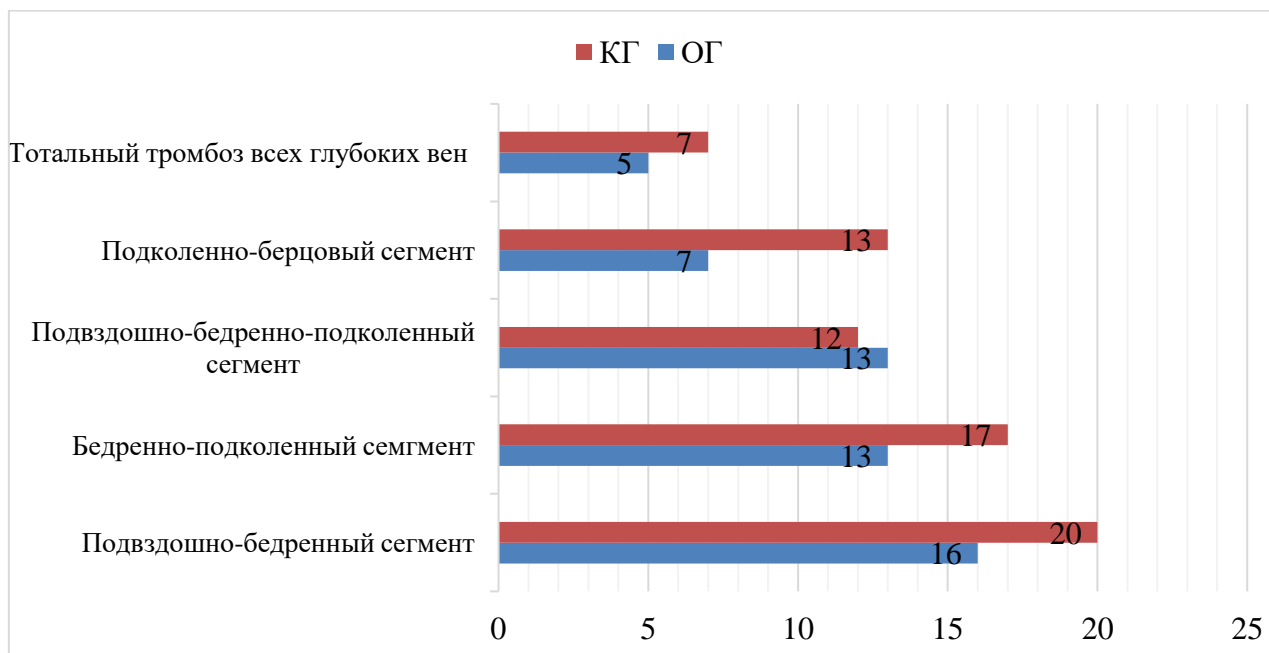


Рисунок 2. - Распределение пациентов по локализации тромботического процесса

У каждого четвертого пациента не удалось установить факторы риска и причины развития ТГВ, тогда как у 77,2% он развился после различных операций, родов, травмы, применения гормональных препаратов или врожденной тромбофилии (таблица 1).

Таблица 1. - Факторы риска и причины тромбоза глубоких вен

Фактор риска и причина развития тромбоза	Основная группа (n=54)		Контрольная группа (n=69)		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза	10	18,52	13	18,84	23	18,7
Послеродовый период и кесарево сечение	9	16,67	7	10,14	16	13,01
Проведение химиотерапии	7	12,96	8	11,59	15	12,20
Перелом длинных костей нижней конечности и иммобилизация	7	12,96	19	27,54	26	21,14
Гормонотерапия	5	9,26	6	8,70	11	8,94
Тромбофилия	3	5,56	1	1,45	4	3,25
Причина не установлена	13	24,07	15	21,74	28	22,76

У большинства обследуемых пациентов обеих групп выявлено наличие сопутствующих заболеваний (у 96 больных - 78,04%), которые могли повлиять как на течение острого ТГВ, так и на течение ПТБ.

Нами изучены сроки от начала заболевания до поступления в клинику, характер и распространённость тромботического процесса в основной и контрольной группах. Так, лишь 57,4% больных поступили в ранние сроки (до 6 суток) от начала заболевания. Важно отметить, что остальная часть пациентов до поступления в стационар в течение нескольких суток лечились амбулаторно.

Обращались к врачам лишь тогда, когда заболевание прогрессировало и боли становились невыносимыми. В ранние сроки поступали лишь городские жители.

В контрольной группе большинство (73,91%) больных были осмотрены специалистом в сроках до 1 года после перенесенного ОТГВ. Оказалось, что большинство пациентов контрольной группы лечились амбулаторно либо в других лечебно-профилактических учреждениях без участия специалиста. Более того, 19 (27,53%) больных вообще не получали лечения. Больные этой группы при посещении ангиологического кабинета уже в стадии ПТБ обследовались с помощью дуплексного сканирования, при котором оценивались степень реканализации, наличие рефлюкса, состояние клапанного аппарата, а также клиническая оценка состояния пациентов по сравнению с больными основной группы. Для клинической манифестации ПТБ нами была использована классификация, предложенная А.Н. Веденским (1986).

Всем больным после госпитализации проводился комплекс методов обследования, включавший: клинический и ангиологический осмотр, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов (ДС), исследование свёртывающей системы крови, общеклинические и биохимические исследования крови, рентгенографию грудной клетки, электрокардиографию, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Основным неинвазивным высокоинформативным инструментальным методом исследования сосудистой системы является ультразвуковое ДС, которое проводилось с использованием диагностической системы «Mindray DC-7» (КНР, 2016), снабженной конвексными и секторальными датчиками с частотой 5-10 МГц.

Во всех случаях большое внимание уделялось изучению показателей плазменного звена гемостаза – активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время (ТВ), фибриноген как на момент лечения острого ТГВ нижних конечностей, так и в динамике. При идиопатической форме ТГВ проводилось исследование на генетику врождённой тромбофилии.

Степень тяжести ПТБ оценивали по шкале Виллалта (Villalta), которая включает в себе пять симптомов (боль, судороги, тяжесть, парестезия, зуд) и шесть клинических признаков (претибиальный отек, уплотнение кожи, гиперпигментация, покраснение, венозная эктазия, боль при сдавливании икры). Каждый признак оценивался от 0 до 3 баллов в зависимости от его отсутствия до слабой, умеренной или сильной выраженности. Интерпретация полученных результатов: от 0 до 4 баллов - ПТБ отсутствует, от 5 до 9 баллов - слабо выраженная ПТБ, от 10 до 14 баллов – умеренно выраженная ПТБ, >14 баллов или наличие язв – сильно выраженная ПТБ.

Также проводилось изучение параметров качества жизни пациентов при первичном осмотре и на 6, 12 и 18 месяцы после перенесения ТГВ НК. Для оценки КЖ были использованы 2 опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire – 2 (CIVIQ-2) и The Short Form-36 (SF-36), являющимися общедоступными и наиболее часто используемыми для оценки КЖ больных с венозной патологией.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась на ПК с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, USA). Нормальность распределения выборки определялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Количественные показатели описывались в виде их среднего значения и стандартной ошибки. Для качественных величин высчитывались доли (%). При парном сравнении количественных независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни, для зависимых групп – критерий Вилкоксона. При парном сравнении групп по качественным показателям использовался критерий χ^2 , включая поправку Йетса, и точный критерий Фишера – для независимых величин, критерий Мак Немара – для зависимых. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными клиническими проявлениями острого ТГВ явились боли, отёк и изменение цвета поражённой конечности, а также положительные симптомы Мозеса, Хоманса, Ловенберга. Динамику отека поражённой конечности оценивали путем измерения его периметра с помощью сантиметровой ленты на различных симметричных уровнях голени и бедра со сравнением интактной конечности.

На момент поступления больного ОГ в стационар, а также в динамике лечения исследовалось состояние кровотока в артериальных сосудах нижних конечностей, где констатировано значимое снижение линейной скорости кровотока в берцовых артериях поражённой конечности, что было особенно выражено при интенсивном болевом синдроме (таблица 2).

Таблица 2. – Линейная скорость кровотока в артериях нижних конечностей у больных основной группы (n=54) до и после лечения (M±m)

Артерия	Линейная скорость кровотока (см/с)			p
	здоровая конечность	поражённая конечность		
		до лечения	после лечения	
Общая бедренная	58,1±3,6	56,4±4,3	56,1±4,2	>0,05
Подколенная	29,5±2,5	31,1±3,2	34,1±3,6	>0,05
Задняя большеберцовая	23,6±1,8	32,3±1,4	30,3±1,7	<0,001
Передняя большеберцовая	16,4±1,7	26,7±1,7	25,2±1,6	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона), * $p < 0,001$ – при сравнении с таковыми показателями на здоровой конечности (по U-критерию Манна-Уитни)

Снижение кровотока в дистальных сегментах артерий больной конечности обусловлено спазмом в ответ на нейрогенные боли в результате периваскулярной инфильтрации и раздражения стенки магистральных артерий. Немаловажное значение в снижении артериального кровотока также имел отек конечности. В процессе проведения консервативного лечения после паравазального введения лекарственной смеси по проекциям тромбированных сегментов глубоких вен устранялся спазм артерий, тем самым кровоток по артериальной системе нормализовался. Снижение артериальной перфузии тканей на фоне венозной гипертензии не оказывает прямого влияния на течение ТГВ, однако может способствовать расширению зоны тромбоза в тканевых венозных коллекторах.

У большинства исследуемых больных (n=42; 77,8%) отмечалась положительная динамика в процессе лечения: регресс клинической симптоматики в виде уменьшения вплоть до исчезновения болевого синдрома, регресс отека по

периметру поражённой конечностей. При выписке признаки реканализации тромбированных вен, по данным ДС, отсутствовали, отмечалось лишь физиологическое расширение подкожных вен, улучшение коллатерального венозного оттока, повышение артериального кровотока в спазмированных артериях. По данным дуплексного сканирования, в большинстве случаев отток крови из глубокой бедренной вены осуществлялся в большую подкожную вену и далее в нижнюю эпигастральную вену, исчез вторичный спазм периферических артерий.

У 8 (14,8%) больных независимо от проведенного лечения как со стороны лабораторных данных, так и клинически не отмечалась положительная динамика. В последующем у 4-х (7,4%) из них выявили дефицит мембранного белка интегрин альфа 2 (ITGA2) и интегрин б-3 (ITGB3), свидетельствующие о наличии врожденной тромбофилии.

При исследовании показателей плазменного гемостаза (АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, ТВ, фибриноген, коагиновое время) было установлено, что при поступлении в стационар до назначения антикоагулянтов у больных отмечаются значимые нарушения в сторону гиперкоагуляции (таблица 3).

Таблица 3. – Показатели плазменного гемостаза

Показатель	Референсные значения	Контрольная группа	В период лечения			р
			госпитализация	середина лечения	при выписке	
АЧТВ (с)	25-35	34,3±4,2	24,2±1,2***	61,2±7,1***	35,5±4,5	<0,001
МНО (у.е.)	0,8-1,2	2,1±0,4	0,78±0,1***	1,7±0,3	2,15±0,5	<0,001
ПТВ (с)	11-16	19,8±2,1	10,4±0,8***	17,3±1,1*	20,2±2,4	<0,001
ПТИ (%)	80-120	73,9±4,4	119,6±7,4***	79,5±3,5*	74,2±4,9	<0,001
ТВ (с)	14-20	19,6±1,1	11,3±1,7***	18,4±1,8	19,2±0,9	<0,001
Фибриноген (г/л)	2-4	2,9±0,8	5,5±0,8***	3,5±0,7	2,7±0,6	<0,001

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей в динамике (по критерию Фридмана), *р<0,05, ***р<0,001 – при сравнении с таковыми показателями в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Так, показатель АЧТВ составил в среднем менее 25 с, находясь в пределах нижней границы нормы, что говорит о повышенной активности свертывающей системы крови. На фоне лечения на четвертые сутки этот показатель увеличился, составив в среднем 61,2±7,1с и достигнув удовлетворительного диапазона гипокоагуляции. Перед выпиской больного после отмены эноксапарина натрия и перехода на монотерапию ривароксабаном показатель АЧТВ резко снижался, составив в среднем 35,5±4,5 с, что соответствовало верхней границе нормы. Данные изменения были обусловлены отменой антикоагулянта прямого действия. Тем не менее, у 9 (16,67%) больных показатель АЧТВ находился в нормальном диапазоне либо в пределах нижней его границы.

Другим важным показателем плазменного гемостаза является МНО, представляющее собой отношение ПТВ пациента к ПТВ нормальной плазмы. Было установлено, что при госпитализации у большинства больных показатели МНО варьировали в пределах нижней границы нормы - 0,71-0,93 у.е., что свидетельствовало о повышенной активности свертывающей системы крови. В середине лечения этот показатель несколько повышался, составив в среднем 1,7±0,3 у.е., что соответствовало нормальным значениям при данной патологии. В

отличие от АЧТВ, показатели МНО в динамике лечения продолжали повышаться в сторону гипокоагуляции, составляя в среднем $2,15 \pm 0,5$ у.е. (повышение свыше 30%), так как МНО отражает результаты действия непрямых антикоагулянтов (варфарин). В основном, в процессе лечения достигался стойкий терапевтический диапазон гипокоагуляции. Несмотря на проведение лечения, у 6 (11,11%) больных не имелось положительной динамики, показатели МНО соответствовали нормальным значениям либо находились в пределах нижней их границы. Следует отметить, что эти больные были молодого возраста.

Оптимизация тактики лечения острого тромбоза и посттромботической болезни нижних конечностей. Тактика лечения острой фазы тромбоза глубоких вен. Согласно классификации А.А. Спиридонова (1989), острым венозный тромбоз считается от одних суток до 2 недель от момента возникновения. До настоящего времени нет единой тактики лечения, дискуссии по алгоритму его лечения носят многоплановый и противоречивый характер. Основной целью консервативной терапии являются: профилактика прогрессирования тромбообразования, достижение плотного сращения свежего тромба со стенками вен, устранение воспалительного процесса, улучшение микроциркуляции, снятие болевого синдрома, а самое главное, предотвращение грозного осложнения – ТЭЛА.

Оптимизированная нами тактика стационарного лечения включала в себя одновременное назначение антикоагулянтов прямого действия из числа низкомолекулярного гепарина (эноксапарин натрия) и нового перорального высокоселективного прямого ингибитора фактора Ха свертывания (ривароксабан), антиагрегантов (пентоксифиллин), донаторов оксида азота (L-аргинин), флебопротекторов (микронизированная очищенная флавоноидная фракция), антиоксидантов (токоферола ацетат) а также паравазального введения лекарственной смеси (30 мл 0,5% раствора новокаина + 8 мл раствора гидрокортизона + 4 мл раствора лидазы + 5000 ЕД раствора гепарина) в проекции тромбированных вен в трех заранее намеченных точках под контролем дуплексного сканирования. Компрессы с мазью гепарина или гелем Лиотон-1000 назначались на весь период нахождения больного в стационаре, как обязательный компонент комплексного лечения. Наша терапия отличилась от традиционного метода лечения тем, что одномоментно были назначены два антикоагулянта, проводилось паравазальное введение лекарственной смеси, а также широко применялись антиоксиданты и донаторы оксида азота с целью цитопротекции и коррекции эндотелиальной дисфункции.

Внутривенная инфузия раствора пентоксифиллина проводилась в течение 5-6 дней, эноксапарин натрия вводился подкожно из расчета 1 мг/кг 2 раза в сутки в зависимости от массы тела в течение 7 суток с одновременным назначением ривароксабана в профилактической дозе – по 10 мг в сутки. В последующем проводилась продленная антикоагулянтная терапия ривароксабаном в дозе 20 мг в сутки в течение не менее года.

У всех больных после паравазального введения лекарственной смеси отмечалось уменьшение болевого синдрома, устранялся периферический спазм артерий, тем самым улучшалось кровообращение в пораженной конечности в виде потепления, а также уменьшался отек.

Из 54 больных основной группы 2 (3,7%) поступили с наличием клиники тромбоэмболии ветвей легочной артерии и развитием инфарктной пневмонии. У 3 больных основной группы при поступлении в стационар наблюдались признаки начинающейся синей флегмазии, при проведении УЗДС был выявлен тотальный тромбоз как глубоких, так и подкожных вен, а также спазм периферических артерий, которые удалось устранить после паравазального введения лекарственной смеси.

Тактика лечения в различных сроках после перенесенного острого тромбоза. По завершении курса стационарного лечения при выписке всем больным было рекомендовано продолжать принимать ривароксабан в индивидуальном подборе дозы - от 10 до 20 мг в зависимости от массы тела - под строгим контролем коагулограммы. Курс лечения антикоагулянтами обычно продолжался не менее 6 месяцев. Также каждые 4-6 месяцев проводили флеботропную терапию путем назначения микронизированной очищенной флавоноидной фракции 500 мг по 2 раза в сутки в течение месяца. Ацетилсалициловую кислоту по 100 мг пациенты получали постоянно для снижения агрегации тромбоцитов. Постоянное ношение эластической компрессии в ближайшие 3 года явилось одним из основных компонентов реабилитационной терапии. Также обеим группам пациентам, как один из базовых средств фармакотерапии ПТБ, был назначен антиоксидант - токоферола ацетат (витамин Е) с целью цитопротекции и снижения тяжести эндотелиальной дисфункции.

У 6 (11%) больных основной группы, несмотря на проводимое лечение, не наблюдалась положительная динамика в посттромботическом периоде как со стороны клинико-лабораторных показателей, так и дополнительных методов исследования. В дальнейшем исследовали кровь на гемотест тромбофилии: у 3-х (5,5%) больных выявили дефицит мембранного белка интегрин альфа 2 (ITGA2) и интегрин b-3 (ITGB3). В связи с этим пациентам рекомендован постоянный приём ривароксабана в дозе 20 мг 1 раз в сутки с периодическим контролем протромбинового времени.

Больные контрольной группы к нам обращались за помощью в разные сроки после острого периода ТГВ. При обследовании у большинства (n=54; 78,26%) из них диагностировались тяжелые формы ПТБ. Декомпенсированные формы ХВН (С₃-С₆ классы) являлись показанием к хирургическому лечению.

Таким образом, от полноценности и характера проведенного лечения в остром периоде заболевания зависит дальнейшее течение и прогрессирование заболевания. Оптимизированная нами тактика лечения позволила значительно улучшить КЖ пациентов с ТГВ в среднеотдаленном периоде за счет снижения числа окклюзионных форм ПТБ и неполных реканализаций пораженных вен. Именно степень реканализации, как показатель эффективности лечения в остром периоде ТГВ, во многом определяла течение ПТБ. Тяжесть ХВН напрямую зависела от степени реканализации. Чем выше степень реканализации, тем легче протекала ПТБ и оказывала наименьшее влияние на различные параметры КЖ пациентов.

Оценка эффективности лечения острого тромбоза и посттромботической болезни в разные сроки наблюдения. Все больные после получения специализированного курса консервативного лечения на 10-11 сутки были выписаны на амбулаторное наблюдение. При выписке всем пациентам

рекомендовали продолжать принимать антикоагулянт (ривароксабан) в индивидуальном подборе в соответствующей дозировке в зависимости от массы тела, показателей гемостаза, а также наличия патологии желудочно-кишечного тракта и хронической болезни почек. Строгий контроль МНО проводился каждые 14-28 дней.

Ацетилсалициловая кислота назначалась в дозе по 100 мг в сутки постоянно. Диосмин также назначали в течение двух месяцев по 1000 мг 2 раза в сутки, с повторением курса лечения каждые четыре-шесть месяцев. Также была рекомендована постоянная эластическая компрессия.

Динамические наблюдения за больными проводились в течение 3 и более лет. Пациенты активно обследовались каждые 3-6 месяцев. В отдаленном периоде больные обследовались 2 раза в год в виде контрольного осмотра с назначением соответствующего курса консервативной терапии.

При повторных обращениях пациентов обеих групп в сроках от 3 до 36 месяцев после острого периода ТГВ изучали степень реканализации магистральных вен, ХВН по классификации CEAP, а также выраженность клинических симптомов по шкале Villalta. Показатели шкалы Villalta у больных основной группы варьировали от 5 до 14, а в контрольной группе они составляли свыше 12, в 11 (16%) случаях имели место трофические язвы (таблица 4).

Таблица 4. – Степень тяжести посттромботической болезни у пациентов обеих групп по шкале Villalta

Степень выраженности клинических симптомов	Основная группа (n=54)	Контрольная группа (n=69)	p
Субъективные симптомы			
Боль	1,1±0,2	2,3±0,3	<0,001
Судороги	1,4±0,3	2,4±0,4	<0,001
Чувство тяжести	1,3±0,3	2,3±0,4	<0,001
Парестезия	0,8±0,1	1,5±0,2	<0,001
Зуд	0,4±0,08	1,3±0,3	<0,001
Объективные симптомы			
Претибиальный отек	1,5±0,4	2,6±0,4	<0,001
Индурация кожи	0,9±0,1	1,4±0,2	<0,001
Гиперпигментация	0,4±0,06	1,1±0,1	<0,001
Покраснение	0,4±0,06	1,1±0,2	<0,001
Расширение вен (венозная эктазия)	1,5±0,4	2,6±0,5	<0,001
Боль при компрессии голени (компрессии икроножных мышц)	0,7±0,06	1,9±0,4	<0,001
Трофическая венозная язва	0,04±0,06	1,1±0,2	<0,001
Сумма баллов всех объективных и субъективных симптомов	10,4±0,7	21,6±2,1	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из представленной таблицы, в основной группе по всем показателям болезнь-специфической шкалы Villalta отмечалось более компенсированное течение ХВН, что свидетельствовало о хорошей реканализации тромбированных вен с более благоприятным течением ПТБ.

Согласно классификации CEAP, у большинства больных основной группы (n=37; 68,52%) обнаружены неосложненные формы ПТБ, а степень ХВН

соответствовала С₂₋₃ классам. Таким больным, в основном, назначалась консервативная терапия. В контрольной группе у большинства пациентов (n=54; 78,26%) были диагностированы тяжелые формы ПТБ из-за хронической окклюзии магистральной вены. При декомпенсированных формах ХВН (С₄ – С₆ классы) было показано хирургическое лечение (таблица 5).

Таблица 5. - Распределение пациентов обеих групп по степени ХВН по классификации СЕАР

Класс ХВН	Основная группа (n=54)	Контрольная группа (n=69)	p
С ₂₋₃	37 (68,5%)	15 (21,8%)	<0,001
С ₃₋₄	15 (27,8%)	37(53,6%)	<0,01
С ₅₋₆	2 (3,7%)	17 (24,6%)	<0,01

Примечание: **p<0,01, ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

В раннем периоде изначально реканализация бедренной вены была отмечена в области устья глубокой бедренной и большой подкожной вен, при этом кровь из глубокой бедренной вены направлялась прямо в большую подкожную вену через расширенные перфорантные вены. Динамика процесса реканализации после перенесенного острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей в обеих группах представлена в таблице 6.

Таблица 6. - Динамика изменения количества пациентов с хорошей реканализацией глубоких вен

Срок обследования (месяц)	Основная группа (n=54)	Контрольная группа (n=69)	p
3	23 (42,6%)	15 (21,7%)	<0,05
4-6	41 (75,9%)	33 (47,8%)	<0,01
7-12	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05
13-24	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05
25-36	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05

Примечание: p– статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

При повторных обращениях у пациентов обеих групп через 3 месяца от начала заболевания при ДС в 82 (66,6%) случаях наблюдались расширенные коммуникантные вены голени и их клапанная недостаточность. Надо отметить, что процесс реканализации отмечался на проксимальных и дистальных границах тромба. При следующем исследовании через 6 месяцев реканализация различной степени выявлялась у 41 (75,9%) пациента основной и 33 (47,8%) больных контрольной групп. К концу первого года количество больных в ОГ с реканализацией различной степени увеличилось до 45 (83,3%). Среди них полная реканализация наблюдалась в 39 (72,2%), тогда как в КГ реканализация различной степени отмечалась в 43 (62,3%), а полная реканализация – в 23 (33,3%) наблюдениях. К концу 2 года не наблюдалось особых различий с предыдущими показателями. У 13 (18,8%) больных КГ и 4 (7,4%) ОГ развился ретромбоз глубоких вен. Таким образом, можно предположить, что при отсутствии реканализации в тромбированном венозном сегменте в срок до 6 месяцев маловероятной является дальнейшая его реканализация. Тяжесть ХВН напрямую зависела от степени реканализации. Следует отметить, что у 37,7% больных КГ сохранялась окклюзия тромбированного венозного сегмента, что способствовало

более тяжёлому течению ПТБ, при этом сохранялись отёк, тяжесть в ногах, парестезия, изменения трофики кожи, гиперпигментация, индурация.

Несмотря на раннюю реканализацию тромбированных вен у пациентов в разные сроки после тромбоза глубокой венозной системы отмечалось ухудшение КЖ, что прежде всего связано с клиническими проявлениями субкомпенсации венозного кровотока. Анализ опроса пациентов показал, что в ближайшие сроки после острого тромботического процесса у всех пациентов регистрируется значимое снижение КЖ, без значимых различий между ОГ и КГ. Вместе с тем, в период первого полугодия после перенесения ТГВ многие показатели КЖ оставались неизменными как среди пациентов ОГ, так и КГ, хотя у большинства пациентов в обеих группах начинались процессы реканализации (таблица 7).

Таблица 7. - Показатели качества жизни пациентов согласно опроснику SF-36

Параметры качества жизни	Основная группа (n=54)				р	Группа контроля (n=69)				р
	Сроки обследования (месяц)									
	1-5	6	12	18		1-5	6	12	18	
PF - физическое функционирование	80,1±7,1	81,2±7,3	78,4±5,7	76,9±4,8	>0,05	78,2±6,5	80,4±7,1	84,7±4,6	90,4±3,4**	<0,01
RP - ролевое функционирование	73,1±23,9	73,9±23,4	78,2±14,3	80,1±10,5	>0,05	72,6±24,1	74,1±23,2	80,5±15,6	85,4±16,2*	<0,01
BP - интенсивность боли	60,9±20,7	65,1±20,5	68,4±21,2	70,6±18,9	>0,05	61,2±21,9	68,9±19,2	78,2±20,4*	83,5±19,5***	<0,01
GH - общее состояние здоровья	60,7±15,3	64,3±16,2	69,1±20,4	71,2±21,3	>0,05	60,9±15,8	68,2±17,1	78,6±21,2*	84,5±20,7***	<0,01
VT - жизненная активность	57,9±16,1	64,1±17,3	67,5±19,5	70,8±20,2	<0,05	58,1±16,3	63,4±17,4	77,8±20,2**	86,7±21,5***	<0,01
SF - социальное функционирование	64,7±15,3	66,9±16,8	71,2±18,9	70,5±21,3	>0,05	64,3±15,2	67,1±17,1	76,9±19,4	87,2±20,8***	<0,01
RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	57,2±15,3	63,9±17,2	66,8±18,7	68,7±20,4	<0,05	57,3±15,4	64,5±16,8	78,1±19,3**	89,8±17,1***	<0,01
MH - психическое здоровье	52,5±15,4	58,1±16,9	62,5±17,8	69,1±21,3	<0,05	52,1±15,2	57,1±16,9	78,9±18,1	88,4±20,2***	<0,01
RH - физический компонент здоровья	51,5±15,1	57,9±16,2	61,8±16,9	68,4±20,9	<0,05	51,4±14,9	58,2±16,3	77,4±17,9***	87,9±21,3***	<0,01
MH - психологический компонент здоровья	50,7±13,6	57,1±15,6	62,7±17,1	68,9±20,3	<0,05	50,3±13,4	56,2±15,4	77,8±16,2***	87,1±18,6***	<0,01

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей в динамике наблюдения (по критерию Фридмана), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе в соответствующие сроки наблюдения (по U-критерию Манна-Уитни)

Повторное исследование глубокой венозной системы показало, что через 12 месяцев значимая реканализация тромбированного сегмента глубокой венозной системы встречалась у 62,3% пациентов основной и у 83,3% больных группы контроля ($p < 0,001$). Именно хорошая реканализация с нивелированием симптомов ХВН приводила к существенному улучшению некоторых параметров КЖ. Так, по сравнению с исходными данными через год после перенесенного тромбоза у пациентов КГ отмечалось выраженное снижение интенсивности болевого синдрома, общего состояния здоровья, жизненной активности, ролевого функционирования, обусловленных эмоциональным состоянием, по сравнению с ОГ. Такая же динамика была отмечена через 18 месяцев от перенесения ТГВ среди пациентов КГ. Следует отметить, что частое развитие окклюзионной формы ПТБ с тяжелой ХВН способствовало сохранению болевого синдрома, а также выраженного отека конечности, из-за чего не отмечалось существенных изменений как общего состояния здоровья пациентов, так и социального их функционирования. Именно неприемлемый вид пораженной конечности в среднеотдаленном периоде после ТГВ явился причиной снижения социального функционирования пациентов ОГ. Несмотря на это, обследование и опрос пациентов через 18 месяцев от начала тромботического процесса показали, что как среди пациентов КГ, так и ОГ отмечается существенное изменение физического и психологического компонентов здоровья. Однако отмечалось значимое различие указанных компонентов КЖ между пациентами ОГ и КГ. Это, по нашему мнению, было обусловлено наличием окклюзионной формы ПТБ, которая в ОГ (37,7%) встречалась гораздо чаще, по сравнению с КГ (16,7%) ($p < 0,001$).

Аналогичные данные были получены и при исследовании КЖ с помощью болезни специфического опросника CIVIQ-2. В совокупности исследование КЖ по опроснику CIVIQ 2 показало, что в ОГ часто имелись серьезные и тяжелые нарушения (40,6%) различных параметров КЖ, тогда как в ГК такие нарушения встречались значимо ниже (9,3%) ($p < 0,001$) (таблица 8).

Таблица 8. - Показатели качества жизни пациентов согласно опроснику, CIVIQ 2 (абс, %)

Показатели качества жизни	Группа контроля (n=69)					Основная группа (n=54)				
	Сроки обследования (месяц)									
	1-5	6	12	18	p	1-5	6	12	18	p
Нарушения незначительны или не имеют (0-25%)	17 (31,5%)	19 (35,2%)	24 (44,4%)	21 (38,9%)	>0,05	7** (10,1%)	11* (15,9%)	8*** (11,6%)	7*** (10,1%)	>0,05
Умеренные нарушения(26-50%)	30 (55,6%)	27 (50,0%)	25 (46,3%)	28 (51,9%)	>0,05	14*** (20,3%)	18** (26,1%)	17* (24,6%)	18** (26,1%)	>0,05
Серьезные нарушения (51-75%)	3 (5,6%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	3 (5,6%)	>0,05	19** (27,5%)	17** (24,6%)	19*** (27,5%)	18** (26,1%)	>0,05
Тяжелые нарушения (75-100%)	4 (7,4%)	5 (9,3%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	>0,05	29*** (42,0%)	23** (33,3%)	25*** (36,2%)	28*** (40,6%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в динамике наблюдения (по Q-критерию Кохрена), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ - статистическая

значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе в соответствующие сроки наблюдения (по критерию χ^2)

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что оптимизированная тактика лечения позволила значимо улучшить КЖ пациентов с ТГВ в среднеотдаленном периоде за счет снижения числа окклюзионных форм ПТБ и неполных реканализаций тромбированных вен. Именно степень реканализации, как показатель эффективности лечения в остром периоде ТГВ, во многом определяла течение ПТБ. Тяжесть ХВН напрямую зависела от степени реканализации. Чем выше степень реканализации, тем легче протекала ПТБ и оказывала наименьшее влияние на различные параметры КЖ пациентов.

Таким образом, острый ТГВ нижних конечностей является довольно распространённым заболеванием и может привести к одному из наиболее опасных для жизни больного осложнений - тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии, а также ХВН. Тяжесть последней во многом зависит от адекватности и своевременности лечения в остром периоде. Предложенная нами модифицированная схема лечения больных с острым тромбозом глубоких вен показала свою эффективность. Об этом свидетельствует более раннее начало процессов реканализации у больных основной группы, по сравнению с контрольной. Немаловажное значение имеет качество и регулярность проведения реабилитационной терапии. По результатам лечения больных основной группы была доказана эффективность и безопасность сочетанного применения двух антикоагулянтов. В отдалённых сроках наблюдения (до 2 лет) наилучшие результаты отмечались у больных основной группы при сравнении с контрольной – реканализация наблюдалась у 83,3% и 63,7% пациентов соответственно ($p < 0,001$). Обтурационные формы ПТБ в основной группе составили 16,7%, в контрольной - 37,7%. Полученные данные свидетельствуют о важности стационарного квалифицированного и комплексного лечения больных с ТГВНК в остром периоде заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Клиническое обследование и дуплексное сканирование при поступлении пациентов позволяет определить характер, локализацию и структуру тромба в глубоких венах и дальнейшую тактику ведения больных с острыми венозными тромбозами. Флотирующие тромбы, по данным нашего исследования выявлялись в 5,5%, пристеночные – в 7,4% и окклюзионные в 67,0% случаев. При остром венозном тромбозе также отмечается компенсаторное снижение линейной скорости кровотока в берцовых артериях, компенсаторное расширение подкожных вен и ранние признаки развития коллатеральных путей оттока [3-А, 7-А, 9-А, 11-А].

2. Объективными лабораторными показателями для динамического контроля эффективности консервативного лечения острого венозного тромбоза и посттромботической болезни являются показатели АЧТВ и МНО, которые исходно значимо снижены и на фоне двойной антикоагулянтной терапии значительно повышаются с развитием стойкой гипокоагуляции. АЧТВ в динамике колебалось в пределах от $35,5 \pm 5$ с до 61 ± 7 с, МНО - от $1,7 \pm 0,3$ у.е. до $2,15 \pm 0,5$ у.е. У пациентов с врожденными тромбофилиями на почве дефицита интегрин альфа

2 (ITGA2) и интегрин b-3 (ITGB3) существенного изменения показателей плазменного гемостаза на фоне лечения не отмечается, в связи с чем необходима продленная антикоагулянтная терапия селективными ингибиторами фактора Ха крови [1-А, 5-А, 8-А, 12-А].

3. Оптимизированная модификация схемы лечения в остром периоде тромбоза заключается в сочетанном применении двух антикоагулянтов (эноксапарин натрия и ривароксабан), антиагреганта (пентоксифилин), флеботоника (диосмин), корректора эндотелиальной дисфункции (L-аргинин), антиоксидантов (токоферол) и паравазальном введении лекарственной смеси, что способствует более быстрой реканализации пораженных вен у большинства пациентов. Реабилитационная терапия включала пролонгированный (не менее 12 месяцев) прием антикоагулянта, антиагреганта, антиоксиданта и ежеквартальное применение флеботоников с постоянной компрессионной терапией, способствующих значимому снижению окклюзионной формы посттромботической болезни [1-А, 2-А, 3-А, 5-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А].

4. Сравнительный анализ результатов в двух группах показал высокую эффективность усовершенствованной и оптимизированной тактики комплексного лечения в острой фазе тромбоза глубоких вен и реабилитационной терапии, обеспечивающих лучшие условия для реканализации тромбированных вен. В период трехлетнего наблюдения по результатам дуплексного сканирования реканализация тромбированных вен в основной группе была отмечена в 83,3%, в контрольной группе – в 62,3% случаев, а окклюзионная форма посттромботической болезни снижена в основной группе более чем в два раза - с 37,7% до 16,7% [1-А, 6-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А].

5. Оптимизированная тактика лечения позволила значимо снизить частоту серьезных и тяжелых нарушений различных параметров качества жизни - с 40,6% до 9,3%. Через год после перенесенного тромбоза при хорошей реканализации пораженных вен отмечается существенное снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего состояния здоровья, жизненной активности, ролевого функционирования, обусловленных эмоциональным состоянием [1-А, 5-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Использование ультразвукового дуплексного сканирования при поступлении больного и динамическое контрольное исследование в остром периоде тромбоза глубоких вен нижних конечностей позволяет определить тактику лечения и скорректировать объём и способы проводимой терапии.

2. Тактика ведения больных в острой фазе должна зависеть от характера и протяженности тромба, определяемых по данным дуплексного сканирования.

3. Объективными критериями оценки качества комплексной терапии острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей наряду с оценкой динамики клинических симптомов являются показатели активированного частичного тромбопластинового времени и международного нормализованного отношения.

4. Усовершенствованную схему комплексной терапии, учитывая её эффективность и безопасность, можно рекомендовать для широкого применения в практике ангиохирургов.

5. Больные, перенесшие острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, должны наблюдаться у специалиста и получать реабилитационную терапию в течение не менее двух лет.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

[1–А] Раджабов, Д.Р. Благоприятное течение посттромботической болезни – показатель эффективности лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, Ф.М. Махмадализода // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 436-442.

[2–А] Раджабов, Д.Р. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен при лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ч.А. Рахмонов, Д.Д. Султанов, Ф.Ш. Рашидов, А.Ш. Шохсаворбеков // Здравеохранение Таджикистана. – 2020. – № 3. – С. 46-51.

[3–А] Раджабов, Д.Р. Некоторые аспекты этиопатогенеза и лечения острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов // Здравеохранение Таджикистана. – 2022. – № 2. – С. 112-119.

[4–А] Раджабов, Д.Р. Качество жизни пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Ш. Махмудов, Х.А. Юнусов, Х.Н. Шодизода // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. 12, № 3. – С. 57-66.

[5–А] Рачабов, Д.Р. Самараи пешгирии оризаҳои тромбоемболиявӣ ҳангоми шикастагии устухонҳои рону соқ [Матн] / Д.Р. Рачабов, О. Неъматзода, С.Х. Курбонов, Д.Ш. Махмудов, М. Абдуалимова, С.Ғ. Ализода, Д.С. Мусоев // Симурғ. – 2022. – № 3 (15). – С. 22-29.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[6–А] Раджабов, Д.Р. Корректирующие операции при посттромботической болезни голени [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ф.М. Тухтаев // «Медицинская наука: достижения и перспективы». Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 29 апреля 2016 г. – С. 237.

[7–А] Раджабов, Д.Р. Алгоритм лечения острого венозного тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ф.М. Тухтаев, Ф.М. Салимов // «Медицинская наука: новые возможности». Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященная «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 27 апреля 2018 г. – С. 248-249.

[8–А] Раджабов, Д.Р. Эффективность лечения в остром периоде тромбоза глубоких вен нижних конечностей определяет течение посттромботической болезни [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, С.А. Мирзоев, Х.А. Юнусов // Материалы XXIV Всероссийской съезда сердечно-сосудистых хирургов. – Москва, 25-28 ноябрь 2018 г. – С. 139.

[9–А] Раджабов, Д.Р. Сравнение динамики процесса реканализации после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Н.Р. Курбанов, Ф.Х. Гулов // «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». Материалы XV годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали

ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 24 апреля 2020 г. – С. 205-206.

[10–А] Раджабов, Д.Р. Течение посттромботической болезни в зависимости от эффективности лечения острого периода тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, С.А. Мирзоев, Н.Р. Курбанов / «Роль и место инновационных технологий в современной медицине». Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 23 ноября 2018 г. – С. 194-195.

[11–А] Раджабов, Д.Р. Динамика процесса реканализации глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, С.А. Мирзоев, З.Р. Шарипов, А.Н. Камолов, Ф.М. Салимов // Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». Материалы международной научно-практической конференции РНЦССХ. – Душанбе, 26 сентября 2020 г. – С. 69-70.

[12–А] Раджабов, Д.Р. Изучение этиологического фактора в развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ш.Ш. Амонов, Н.Р. Курбанов, А.Ш. Шохсаворбеков // «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования». Материалы 68-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 27 ноября 2020 г. – С. 245-246.

Рационализаторское предложение

[13–А] Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Камолов А.Н. Оптимизация лабораторной диагностики острого тромбоза магистральных вен. Удостоверение на рационализаторское предложение №3416/R407 от 08.01.2021 г. Выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

[14–А] Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Неъматзода О. Способ лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Удостоверение на рационализаторское предложение №3417/R408 от 08.01.2021 г. Выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЧТВ - активированное частичное тромбопластиновое время

ДС - дуплексное сканирование

КЖ - качество жизни

КГ - контрольная группа

МНО - международное нормализованное отношение

ОГ - основная группа

ПТБ - посттромботическая болезнь

ПТВ - протромбиновое время

ПТИ - протромбиновый индекс

ТВ - тромбиновое время

ТГВ - тромбоз глубоких вен

ТЭЛА - тромбоэмболия легочных артерий

ХВН - хроническая венозная недостаточность

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА
НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 617.57; 616.13-005.755-089-07

РАҶАБОВ ДОРИЮШ РАҶАБОВИЧ

**МУҚОИСАИ ДУ СТРАТЕГИЯИ ТАБОБАТИ ТРОМБОЗИ
ШАДИДИ ВАРИДИИ АНДОМҲОИ ПОЁНӢ ВА ТАЪСИРИ
ОНҲО БА ҶАРАӢНИ БЕМОРИИ ПОСТТРОМБОТИКӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.26-Ҷарроҳии дилу рағҳо

Душанбе – 2023

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Султонов Чавли Давронович** - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонова МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»; муовини директори МД «Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо» оид ба илм.

Муқарризони расмӣ: **Раҳматуллоев Раҳимҷон** - доктори илмҳои тиб, директори Маркази ташхисию табобатии «Вароруд», ш. Турсунзада Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Пулотов Орифҷон Негматович – номзади илмҳои тиб, мудири шуъбаи ҷарроҳии рағҳои хунгарди МД «Маркази кардиология ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Муассисаи пешбар: Муассисаи федералии давлатии худмухтори таълимии таҳсилоти олии "Донишгоҳи миллии таҳқиқотии тиббии Россия ба номи Н.И. Пирогов"-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи « 06 » марти соли 2023 соати «12:00» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-060–и назди МД «Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо» баргузор мегардад. **Суроға:** 734003, ш. Душанбе, кӯчаи Саной, 33, www.mjijdr.tj, +992915250055.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи расмии МД «Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « _____ » _____ с. 2023 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиб

О. Неъматзода

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Тромбози шадиди варидҳои амиқи (ТШВА) андомҳои поёни дар байни бемориҳои таъҷилии системаи рағҳо ҳанӯз ҳам яке аз мавқеъҳои пешсафро ишғол мекунад ва дар 50,4-300 нафар ба 100.000 аҳоли дар як сол ба қайд гирифта мешавад [Андріяшкин В.В. ва диг., 2018; Кириенко А.И. ва диг., 2012; Bowden S., 2021]. Яке аз оризаҳои вазнини он тромбоемболияи шарёни шушӣ (ТЭШШ) ба ҳисоб меравад, ки дар 12,7-98,2% ҳолат ба марг мусоидат менамоя [Бокерия Л.А. ва диг., 2016; Лебедев И.С. ва диг., 2022; Giordano N.J. et al., 2017].

Ба муваффақиятҳои назарраси дар ташхису табобати ТШВА андомҳои поёни ба даст овардашуда нигоҳ накарда, дар мавриди бартараф намудани оқибатҳои вазнини ин беморӣ, мушкилоти зиёди ҳалношуда боқӣ мондааст [Игнатъев И.М. ва диг., 2022; Bistervels I.M. et al., 2022; Chaitidis N. et al., 2022]. Яке аз чунин мушкилот бемории пас аз тромботикӣ (БПТ) мебошад, ки дар 85-95%-и беморони тромбофлебитаи шадидро аз сар гузаронида, вобаста аз дараҷаи реканализатсияи варидҳои амиқ ба вучуд меояд [Nakamura H. et al., 2021; Jasionowska S. et al., 2022]. Аммо дар 40%-и ҳолатҳо дар давраҳои дур реканализатсияи муҳими варидҳои тромбозшуда ба мушоҳида намерасад ва шакли окклюзиони БПТ ба назар мерасад, ки чараёни нисбатан вазнинтари клиникӣ дорад ва он беморро то охири умраш ҳамроҳӣ мекунад [Калинин Р.Е. ва диг., 2016; Оганесян О.А. ва диг., 2020; Iding A.F.J., TenCate-Noek A.J., 2022].

Пайдо шудани окклюзияи музмини варидҳои магистралӣ бо норасоии вазнини музмини варидӣ бештар дар байни одамони синну соли қобилияти қорӣ дида мешавад ва тибқи маълумоти мутахассисони ватанӣ 38%-и беморон маъюби гурӯҳҳои II-III шуда мемонанд [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2016; Ғиёсова П.Ф., 2007; Маҳмадализода Ф.М. ва диг., 2019; Неъматзода О., 2021]. Ҳамчунин дар натиҷаи пайдо шудани решҳои трофикӣ ва дигар оризаҳои БПТ мутобиқшавии иҷтимоии беморон вайрон шуда, на танҳо ба ҳолати саломатӣ, балки ба сифати ҳаёти онҳо низ таъсири манфӣ мерасонад [Сушков С.А. ва диг., 2018; Хрыщанович В.Я. ва диг., 2021]. Қайд намудан ба маврид аст, ки на ҳамаи беморон аз манотиқи дурдасти кишвар дар давраи шадиди ТШВА табобати заруриро гирифта метавонанд [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2016; Неъматзода О., 2021]. Дар робита бо ин ташхиси саривақтӣ, ташкил намудани табобати таҳассусии ТШВА дар давраи шадиди беморӣ ва гузаронидани табобати реабилитатсионӣ вазифаҳои мубрам маҳсуб мешаванд, зеро аз ин басомад ва вазнинии чараёни БПТ вобаста аст.

Дар доираи проблемаи мазкур омӯзиши муфассали омилҳои, ки ба протесси реканализатсияҳои варидҳои тромбозшуда ва хусусиятҳои дисфунксияи эндотелиалӣ дар давраи дури баъди тромбозӣ таъсир мерасонанд, талаб мекунад [Калинин Р.Е. ва диг., 2020; Небылицин Ю.С. ва диг., 2018].

Ҳамин тавр, ба муваффақиятҳои назарраси дар ташхису табобати ТШВА-и андомҳои поёни ба даст овардашуда нигоҳ накарда, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба тактикаи табобат дар давраи шадид ва дар марҳилаҳои минбаъдаи назоратӣ ва баргузори табобати реабилитатсионӣ мушкилоти зиёди ҳалношуда боқӣ мондааст.

Дараҷаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Ба пешрафтҳои илмӣ-техникӣ дар соҳаи тиб, аз ҷумла коркарди стратегияҳои нави табобат ва муроқибати беморони гирифтори ТШВА андомҳои поёни ва БПТ нигоҳ накарда, ҳанӯз ҳам масъалаҳои зиёди ҳалношуда мавҷуданд. Аз ҷумла, то имрӯз оид ба усулҳои гуногуни табобати консервативии тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни ақидаҳои мухталиф ба ҷашм мерасанд. Мавҷуд набудани консенсуси ягона оид ба тактикаи муроқибати беморони гирифтори БПТ, интихоби усул ва давомнокии таъйини антикоагулянтҳо дар давраи дури баъди тромбозро аз сар гузаронидан баҳсноқ боқӣ мемонанд ва омӯзиши минбаъдаи хусусиятҳои дисфунксияи варидии эндотелиалӣ ва усулҳои ислоҳи ин категорияи беморонро тақозо мекунад.

Бар ин асос, тақдир додани ҳаҷми табобати консервативии гузаронидашуда ҳангоми тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни, назорати динамики беморон дар оянда, табобати мукамал ва мунтазами реабилитатсионӣ барои ҳаллу фасл намудани масоили мухталифи мушкilotи мазкур аҳамияти бузурги илмӣ ва амалӣ доранд.

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) илмӣ, мавзӯҳо. Таҳқиқоти диссертатсия дар доираи иҷрои Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3-юми декабри соли 2012, тахти №676 «Дар бораи дурнамоҳои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023» ва лоиҳаи илмӣ-таҳқиқотии муштараки кафедраҳои ҷарроҳии умумии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва МД МЧИҚДР «Роҳҳои беҳтар сохтани ташхис ва табобати комплекси тромбози шадиди варидҳои амиқ ва оқибатҳои онҳо» (РҚД № 0119ТJ01018) анҷом дода шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Коҳиш додани дараҷаи вазнинии равиши бемории посттромботикӣ бо роҳи тақдир додани тактикаи табobati тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ва табобати реабилитатсионӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва имконияти сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ дар ташхиси тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ва назорати динамикии гемодинамикаи варидӣ ҳангоми бемории посттромботикӣ.

2. Гузаронидани баҳодиҳии динамикии комплекси нишондиҳандаҳои лаборатории гемостази плазмавӣ ҳангоми тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ва бемории посттромботикӣ дар заминаи гузаронидани табобати антикоагулянтӣ.

3. Оптимизатсияи табобати комплекси консервативии тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни дар фазаи шадид ва дар марҳалаи реабилитатсияи беморон.

4. Баҳодиҳӣ ба самаранокии ду стратегияи табобати тромбози шадиди варидӣ ва таъсири онҳо ба ҷарарёни бемории посттромботикӣ ва сифати ҳаёти беморон.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти мазкур 54 бемори дорои тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ва 69 бемори дорои

бемории посттромботикии андомҳои поёни буд, ки дар онҳо ташхис ва табобати бемории варидӣ мувофиқи алгоритми стандартӣ ва такмилёфта гузаронида шуд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот омӯзиши омилҳои хатари пайдошавии ТШВА андомҳои поёни, хусусиятҳо ва паҳншавии протесси тромбозӣ, назорати лаборатории системаи лахтабандии хун дар заминаи табобати гузаронидашуда дар фазаи шадид дар давраи реабилитатсионӣ, омӯзиши протесси реканализатсия дар муҳлатҳои гуногуни муоина, омӯхтани дараҷаи тағйироти посттромботикии варидҳои амиқ ва вазъияти гемодинамикаи варидӣ, вазнинии ҷараёни норасоии музмини варидӣ, хусусиятҳои тағйироти нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон буд.

Навгони илми таҳқиқот

Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ омӯхта, имкониятҳо ва аҳамияти сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ дар ташхиси мавзеии тромбози шадиди варидӣ, паҳншавии протесси тромботикӣ ва интиҳоби тактикаи табобати тромбози шадид, ҳамчунин дар назорати даврваии протесси реканализатсияи варидҳои амиқ дар давраи дур муаян карда шуданд.

Муқаррар карда шуд, ки хангоми тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни, фаъолнокии гемостази плазмавӣ ва фаъолнокии фибринолитикии плазма баланд мегардад. Хангоми тромбофилияи модарзодӣ ихтилоли ба душворӣ ислоҳшавандаи лахтабандии хун бо майл доштан ба гиперкоагулятсия муайян карда шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, ки аз тарафи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳти №3416/R407 аз 08.01. соли 2021 дода шудааст).

Табобати комплексии консервативии тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни бо роҳи истифодаи якҷояи ду антикоагулянтҳои насли нав, табобати фибринолитикӣ, корректорҳои дисфунксияи эндотелиалӣ ва тазриқи паравазалии омехтаи доруҳо оптимизатсия карда шуд. Самаранокии баланди тактикаи пешниҳоднамуда дар қоҳиш додани басомади пайдошавии намудҳои окклюзионии бемории посттромботикӣ дар даврҳои дур исбот карда шуд (Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, ки аз тарафи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳти №3416/R407 аз 08.01. соли 2021 дода шудааст).

Динамикаи тағйиротҳои посттромботикиро дар варидҳои иллатёфта, вазнинии ҷараёни норасоии музмини варидҳо ва нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморонро дар муҳлатҳои гуногуни муоина пас аз тромбози варидҳои амиқ омӯхта, самаранокии тактикаи такмилдодашудаи табобати комплексӣ ва муолиҷаи реабилитатсионӣ исбот карда шуд. Собит карда шуд, ки дар муҳлатҳои гуногуни баъди тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёниро аз сар гузаронидан дар беморон вайроншавии муҳимми нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон аз ҳисоби аксулҷараёни хунгардиши варидӣ аз андомҳои поёни дар заминаи окклюзияи музмини рағҳо ба мушоҳида мерасад.

Нуктаҳои барои ҳимоя пешниҳодшуда:

1. Тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни бо варам, сианоз, синдроми дард дар андоми иллатёфта, ҳамчунин суст шудани функционалии хунгардиши шарёнӣ, ки возеҳии онҳо аз муҳлати беморӣ, паҳншавӣ ва

ҷойгиршавии протесси тромбоз вобаста аст, зоҳир мегардад. Аломатҳои асосии ултрасадоии тромбози варидҳои мавҷуд будани ҷавфи гипо- ё гиперэхогении интравазали, назди деворӣ ва ё пурра маҳкам кунандаи фазои рағҳо, ҷой надоштани маҷрои хун дар сегменти иллатёфта, инчунин ғафс ва тағйир наёфтани девораи рағҳо ҳангоми фишорварӣ ба ҳисоб мераванд. Ҳолати протесси реканализатсияи варидҳои амиқи андомҳои поёниро тавассути сканеркунии дуплексӣ дар муҳлати то 6 моҳ баҳогузорӣ намуда, ҷараёни минбаъдаи онро пешгӯӣ кардан мумкин аст.

2. Ҳангоми тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни номутавозунии гемостази плазмавӣ бо майл доштан ба афзудани тромбозилшавӣ ба назар мерасад. Дар заминаи таъбири антикоагулянтӣ системаи гемостаз ба тағйироти назаррас ба ҷониби нормо- ё гипокоагулятсия дучор мешавад. Ҳангоми тромбофилияҳои модарзодӣ бо норасоии сафедаи мембрании интегрин алфа 2 (ITGA2) ва интегрин б-3 (ITGB3) дар заминаи таъбири антикоагулянтӣ гипокоагулятсияи устувор бо баланд шудани нишондиҳандаҳои замони тромбопластинии ҷузъии фаъолшуда ва таносуби муътадилшудаи байналмилалӣ ба мушоҳида намерасад.

3. Тактикаи такмилшудаи пешниҳоднамудаи таъбири консервативии тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни бо таъбири паравазалии маҳлули дорӯӣ ва таъбири реабилитатсионӣ бо таъйини тамдидшудаи антикоагулянтҳои насли нав имконият медиҳанд, ки на танҳо миқдори шаклҳои окклюзионии бемории посттромботикӣ хеле кам карда шавад, балки ба таври хушоянд спазми шарёнҳо низ бартараф карда мешавад, ки ин ба беҳтар гаштани гардиши хуни андомҳои иллатёфта мусоидат мекунад.

4. Баҳогузориҳои муқоисавии инкишофи бемории посттромботикӣ дар муҳлатҳои гуногуни муоина дар ду гурӯҳ аҳамияти калидии муолиҷаи оптималӣ ва мукамалро мазҳ дар давраи шадиди иллати тромботикии варидҳои амиқи андомҳои поёниро собит намуд. Дар муҳлатҳои гуногуни баъди аз сар гузаронидани тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни вайрон шудани нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон ба назар мерасад. Нишондиҳандаҳои пасттарини сифати ҳаёт ҳангоми дараҷаи вазнини бемории посттромботикӣ бо сабаби вайроншавии назарраси хунгардиши варидӣ дар заминаи окклюзияи сегментҳои варидҳои иллатёфта ба қайд гирифта мешавад. Истифода намудани антикоагулянтҳои насли нав, антиоксидантҳо ва донаторҳои оксиди нитроген дар давраи шадиди беморӣ ба коҳишёбии пайдошавии шаклҳои окклюзионии бемории посттромботикӣ ва дар ин замина ба беҳтаршавии сифати ҳаёти беморон мусоидат менамоянд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Дар ҷараёни таҳқиқоти гузаронидашуда хусусиятҳои клиникӣ-инструменталии зухурот ва омилҳои хатари пайдошавии тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни омӯхта шуданд, ки маълумотҳои мавҷудбударо пурра намуда, инчунин метавонанд ба сифати асоси назариявӣ барои таҳқиқотҳои илмии минбаъда хизмат кунанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда имконият доданд, ки сабабҳои шаклҳои вазнини норасоии музмини варидӣ ва басомади баланди шаклҳои окклюзионии бемории посттромботикӣ дар бемороне, ки бидуни иштироки

мутахассис табобати номукаммал гирифтаанд, муайян карда шавад. Ғайр аз ин, усули такмилшуда ва пешниҳодшудаи табобати комплекси тромбози шадиди варидҳои амиқ натиҷаҳои табобатро беҳтар, барои беҳтар шудани чараҳои бемории посттромботикӣ мусоидат намудааст ва ба ҳамин васила сифати ҳаёти беморонро беҳтар сохтааст.

Истифода намудани сканеркунии дуплексӣ ҳангоми муоинаи аввалия ва давравии беморон дар марҳилаҳои шадиди беморӣ ва минбаъдаи бемории посттромботикӣ имконият доданд, ки хусусиятҳои чараҳои беморӣ баҳогузорӣ ва тактикаи табобат муайян карда шавад. Асоси пойгоҳии табобати марҳилаи шадиди тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни инҳо ба шумор мераванд: истифода намудани ҳамчояи ду антикоагулянтҳо, таъриқи паравазалии маҳлули доруҳо, инчунин назорати динамикии системаи лахтабандии хун.

Тавсияҳои амалии пешниҳодшуда барои беҳтар гаштани масъалаҳои ташкилии расонидани ёрии тахассусӣ ба беморони дорои тромбози шадиди варидҳои амиқ, баланд бардоштани савияи дониши табибони амалӣ оид ба тактикаи табобати ингуна беморон мусоидат менамоянд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нуқтаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионии мазкур тавассути таҳлилҳои интиқодии пажӯҳишҳои илмии аллакай гузаронидашуда, дуруст интиҳоб кардани нақша ва вазифаҳои таҳқиқот, ҷамъоварии миқдори кофии маводи клиникӣ, истифода намудани усулҳои муосири сериттилои инструменталӣ ва лаборатории таҳқиқот, таҳлили амиқ ва муфассали натиҷаҳои ҳосилшуда, татбиқ намудани натиҷаҳои ба даст овардашуда дар амалияи клиникӣ, тасдиқ карда мешаванд. Ҳамчунин эътимоднокии ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ, ки дар равиши таҳқиқот ба даст оварда шудаанд, бо тақризи маҳфӣ ва нашр кардани онҳо дар маҷаллаҳои илмии тақризшаванда собит карда мешаванд.

Мувофиқат кардани диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Усулҳои клиникӣю инструменталӣ ва тарзҳои табобати дар таҳқиқот истифода шуда, инчунин мақсад, вазифаҳо ва мавзуи таҳқиқот бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.26-Ҷарроҳии дилу рағҳо мувофиқат мекунанд.

Саҳми шахсии диссертант дар таҳқиқот. Аз ҷониби унвонҷӯӣ ғояҳои асосии таҳқиқот муайян карда шудаанд. Муаллиф мустақилона адабиёти муосирро оид ба проблемаи оӯхташаванда мавриди омӯзиш қарор дода, дар табобат ва назорати аксарияти беморон шахсан иштирок намуд. Инчунин муаллиф тамоми маводи клиникиро мустақилона ҷамъоварӣ ва таҳлил намуда, коркарди омории натиҷаҳои бадастовардари амалӣ намуд ва табобати тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёниро мукамал намуд. Муҳаққиқ оид ба мавзуи диссертатсия дар маҷаллаҳо ва конференсияҳо мақолаҳои илмӣ ва фишурдаҳо нашр, дар баргузориҳои таҳқиқотҳои ултрасадоӣ ва муолиҷаи беморон бевосита иштирок кардааст. Натиҷаҳои наздик ва дури таҳқиқотро муаллиф шахсан омӯхтааст.

Татбиқ ва истифодаи амалии натиҷаҳои диссертатсия. Нуқтаҳои асосии диссертатсия дар Анҷумани XXIV умумироссиягии ҷарроҳони дилу рағҳо (ММТИЧДР ба номи А.Н. Бакулев, Москва 25-28 ноябри соли 2018);

конференсияҳои солони илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, 2016; 2018; 2020); конференсияи байналмилалӣ илмӣ-амалии МҶИҶДР “Масъалаҳои мубрами ҷарроҳии дилу рағҳо, эндоваскулярӣ ва барқарорсозӣ” (Душанбе, 2020); конференсияи солони илмӣ-амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ “Асосҳои бунёдии рушди инноватсионӣ илм ва таҳсилот” бахшида ба “Соли рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ” (Душанбе, 2020); Симпозиуми байналмилалӣ МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бахшида ба “Мушкилоти бемориҳои сироятӣ” (Душанбе, 2022) гузориш шудаанд. Кори диссертатсионӣ дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии байникафедравии проблемавии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” оид ба фанҳои ҷарроҳӣ муҳокима шудааст (Душанбе, суратҷаласаи №9 аз 03.06.2021 с).

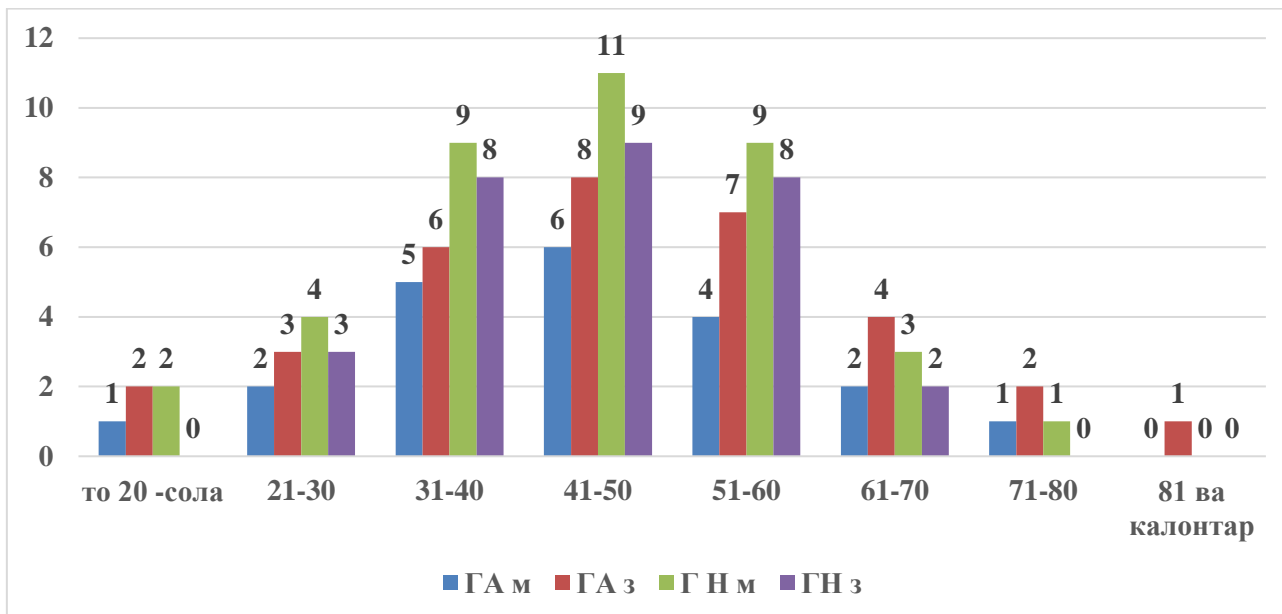
Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 12 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст. Ду шаходатнома дар бораи пешниҳодҳои рационализаторӣ ба даст оварда шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 144 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи 14, фосилаи 1,5) таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашударо дар бар мегирад, ки аз 67 сарчашма бо забони русӣ ва 62 сарчашма бо дигар забонҳои хоҷӣ иборат аст. Дар рисола 16 ҷадвал ва 24 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти мазкур 123 бемор буд, ки аз онҳо 54 нафар бо ТШВА (гурӯҳи асосӣ (ГА) ба таври статсионарӣ дар шӯбаи ҷарроҳии дилу рағҳои МҶИҶДР муолиҷа гирифтаанд ва 69 нафар (гурӯҳи назоратӣ (ГН) – таболати ТШВА-ро дар дигар муассисаҳои таболатӣ тибқи схемаи стандартӣ гирифтаанд ва бори нахуст аз хусуси бемории посттромботикии андомҳои поёни ба мутахассис мурочиат намудаанд.

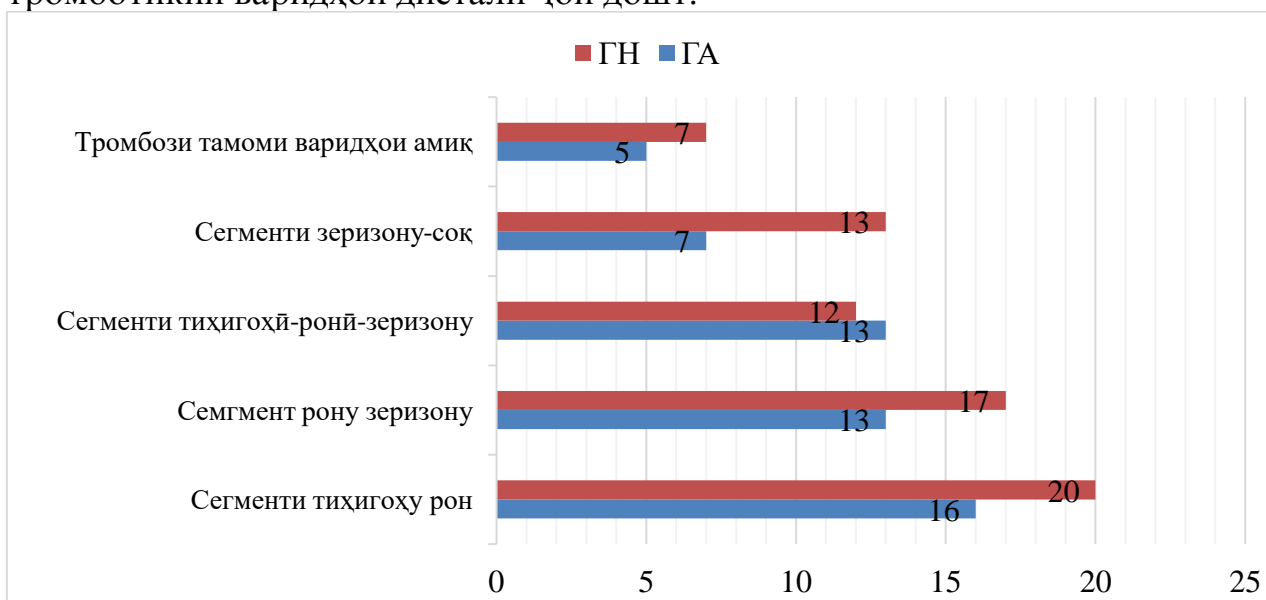
Гурӯҳбандии беморон вобаста аз ҷинс ва синну сол дар расми 1. оварда шудааст.



Расми 1. - Гурӯҳбандии беморон вобаста аз ҷинс ва синну сол

Беморони ҷинси зан 63 (51,22%) нафар ва мард - 60 (48,78%) нафар буданд. Синну соли онҳо аз 16 то 84-соларо ташкил дод ва ба ҳисоби миёна $51,2 \pm 2,2$ сол буд. Фарқияти муҳим аз рӯи ҷинс ва синну сол дар байни беморон дар ҳарду гурӯҳ ба назар нарасид, 64,2% -и беморон ҷавон ва синнусоли миёнаи қобилияти қорӣ буданд.

Гурӯҳбандии беморон вобаста аз ҷойгиршавии протсессии тромботикӣ дар расми 2 пешниҳод шудааст. Дар зиёда аз нисфи беморон ($n=73$; 59,4%) тромбози проксималӣ (сегменти илео-феморалӣ) ва дар 16,3% - иллати тромботикии варидҳои дисталӣ ҷой дошт.



Расми 2. - Гурӯҳбандии беморон вобаста аз ҷойгиршавии протсессии тромботикӣ

Дар ҳар як бемори чаҳорум омили хатар ва сабабҳои пайдошавии ТШВА-ро муайян кардан муяссар нашуд, ҳол он ки вай дар 77,2% пас аз ҷарроҳии мухталиф, таваллудкунӣ, осеб, истифодаи доруҳои ҳормонӣ ё тромбофилияи модарзодӣ пайдо шудааст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Омилҳои хатар ва сабабҳои тромбози варидҳои амиқ

Омили хатар ва сабаби пайдошавии тромбоз	Гурӯҳи асосӣ (n=54)		Гурӯҳи назоратӣ (n=69)		Дар маҷмуъ	
	n	%	n	%	n	%
Амалиётҳои ҷарроҳии гузаронидашуда дар узвҳои ковокии шикам, фазои паси сифоқ ва коси хурд	10	18,52	13	18,84	23	18,7
Давраи пас аз таваллудкунӣ ва бурриши қайсарӣ	9	16,67	7	10,14	16	13,01
Гузаронидани кимиёдармонӣ	7	12,96	8	11,59	15	12,20
Шикастагиҳои устухонҳои дарози андомҳои поёни ва имобилизатсия	7	12,96	19	27,54	26	21,14
Ҳормоншифой	5	9,26	6	8,70	11	8,94
Тромбофилия	3	5,56	1	1,45	4	3,25
Сабаб муқаррар карда нашуд	13	24,07	15	21,74	28	22,76

Дар бештари беморони таҳқиқшудаи ҳарду гурӯҳ мавҷуд будани бемориҳои ҳамрадиф (дар 96 бемор - 78,04%) муайян карда шуд, ки метавонистанд ҳам дар ҷараёни ТШВА-и ва ҳам дар ҷараёни БПТ таъсир расонанд. Аз ҷониби мо муддати аз оғози беморӣ то муроҷиат ба муассисаи тиббӣ, хусусиятҳо ва паҳншавии протесси тромбозиро дар гурӯҳи асосӣ ва назоратӣ омӯхта шуд. Ҳамин тавр, танҳо 57,4%-и беморон дар муҳлати барвақти (то 6 шабонарӯз) пас аз саршавии беморӣ муроҷиат намуданд. Қайд кардан муҳим аст, ки қисми боқимондаи беморон то ба стационар дохил шудан муддати якчанд шабонарӯз ба таври амбулаторӣ муолиҷа гирифтаанд. Ба табибон танҳо дар ҳолате муроҷиат намудаанд, ки беморӣ пеш рафтаву дард тоқатнопазир гаштааст. Дар муҳлатҳои барвақт танҳо сокинони шахр муроҷиат намудаанд.

Дар гурӯҳи назоратӣ бештари беморонро (73,91%) мутахассисон дар муҳлати то 1 соли пас аз сар гузаронидани ТШВА муоина кардаанд. Маълум гашт, ки бештари беморони гурӯҳи назоратӣ ба таври амбулаторӣ ва ё дар дигар муассисаҳои табобатӣ-профилактикӣ бидуни иштироки мутахассис муолиҷа гирифтаанд. Илова бар ин, 19 (27,53%) бемор умуман муолиҷа нашудааст. Беморони ин гурӯҳ ҳангоми ташриф овардан ба ҳуҷраи ангиологӣ аллакай дар марҳалаи БПТ бо ёрии сканеркунии дуплексӣ таҳқиқ карда шуданд ва дар ин маврид дараҷаи реканализатсия, вучуд доштани рефлюкс, ҳолати дастгоҳи клапанҳо баҳогузорӣ карда шуд, ҳамчунин ҳолати беморон дар муқоиса аз беморони гурӯҳи асосӣ баҳогузори клиникӣ карда шуд. Бо мақсади манифестатсияи БПТ мо аз таснифи пешниҳоднамудаи А.Н. Веденский (1986) истифода намудем.

Дар ҳамаи беморон пас аз бистарӣ шудан маҷмуи усулҳои таҳқиқот гузаронида шуд, ки аз инҳо иборат буд: муоинаи клиникӣ ва ангиологӣ, сканеркунии ултрасадоии дуплексии рағҳо, таҳқиқоти системаҳои лахтабандии хун, таҳқиқоти умумиклиникӣ ва биохимиявии хун, рентгенографияи қафаси сина, электрокардиография, ҳамчунин таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои ковокии шикам ва фазои пасисифоқӣ.

Усули асосии ғайриинвазивии баландитилои интструменталии таҳқиқоти системаи рағҳо ин сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ мебошад, ки

он бо истифода аз системаи таххиси «MindrayDC-7» (ЧМЧ, 2016) дорои муайянкунакҳои конвексии ва сохторӣ бо басомади 5-10 Мгс мебошад анҷом дода шуд.

Дар ҳамаи ҳолатҳо, ба омӯзиши нишондиҳандаҳои зенони гемостази плазмавӣ - вақти фаъолшудаи қисмии тромбопластин (ВФҚТ), вақти протромбинӣ (ВПТ), индекси протромбинӣ (ИПТ), таносуби меъери байналмилалӣ (ТМБ), вақти тромбин (ВТ), фибриноген, ҳам ҳангоми муолиҷаи ТШВА андомҳои поёни ва ҳам дар динамика таваҷҷуҳи махсус зоҳир карда шуд. Дар шакли идиопатикии ТВА таҳлили генетикаи тромбофилия анҷом дода шуд.

Дарачаи вазнинии БПТ тибқи шкалаи Виллалта (Villalta) баҳогузорӣ карда шуд, ки дар худ 5 нишона (дард, ихтилоҷ, вазнинӣ, парестезия ва хориш) ва 6 аломати клинико (варами претибиалӣ, ғафсшавии пӯст, гиперпигментатсия, сурхшавӣ, эктазияи варидӣ, дард ҳангоми зер кардани мушаки моҳича) дар бар мегирад. Ҳар як аломат вобаста аз вучуд надоштани он то возеҳии суст, муътадил ва пурқувват аз 0 то 3 балл баҳогузорӣ карда шуд. Шарҳу тафсири натиҷаҳои ҳосилшуда: аз 0 то 4 балл - БПТ вучуд надорад, аз 5 то 9 балл - БПТ возеҳияш суст, аз 10 то 14 балл – возеҳии муътадили БПТ, >14 балл ё вучуд доштани решҳо – возеҳии пурқувватӣ. Баллҳо барои ҳар як маълумоти 11 дескрипторҳо вобаста аз возеҳӣ ҷамъоварӣ карда мешаванд, аз 0 (барои вучуд надоштагӣ) то 3 (барои вазнинӣ) фарқ мекунад.

Ҳамчунин омӯзиши параметрҳои сифати ҳаёти беморон ҳангоми муоинаи аввалин дар моҳҳои 6, 12, 18 баъди аз сар гузаронидани ТШВА андомҳои поёни анҷом дода шуд. Барои баҳо додан ба сифати ҳаёт аз 2 пурсишнома - Chronic Venous Insufficiency Questionnaire-2 (CIVIQ-2) ва The Short Form-36 (SF-36) истифода карда шуд, ки дастрасии умумӣ доранд ва барои баҳогузорӣ ба сифати ҳаёти беморони мубтало ба бемориҳои варидҳо зиёд ба кор бурда мешаванд.

Коркарди омории маълумотҳои ҳосилшуда дар компютери инфиродӣ ва истифодаи барномаи Statistica 10,0 (StatSoft, USA) сурат гирифт. Муътадил будани интиҳоб бо ёрии меъери Шапиро-Уилк муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли қимати миёнаи онҳо ва ғалатҳои стандартӣ тавсиф шуданд. Барои бузургиҳои сифатӣ ҳиссаҳо (%) ҳисоб карда шуд. Ҳангоми муқоисаи ҷуфти миқдории гуруҳҳои мустақил U-критерияи Манн-Уитни, барои гуруҳҳои вобаста – критерияи Вилкоксон ба кор бурда шуд. Ҳангоми муқоисаи ҷуфтигуруҳҳо аз рӯи нишондиҳандаҳои сифатӣ критерияи χ^2 , бо ислоҳи Йетс ва критерияи дақиқи Фишер – барои бузургиҳои мустақил ва критерияи Мак Немар – барои гуруҳҳои вобаста ба кор бурда шуданд. Қимат ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омории муҳим шуморида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Аломатҳои асосии клиникии ТШВА мавҷуд будани дард, варам, тағйирёбии ранги андоми осебдида, ҳамчунин симптомҳои мусбати Мозес, Хоманс, Ловенберг ба ҳисоб мераванд. Динамикаи тағйироти варами андоми иллатёфта тавассути чен кардани париметри он бо ёрии тасмаҷаи қутрдор дар сатҳҳои гуногуну якхелаи соқ ва рон бо муқоиса намудани онҳо бо андоми солим баҳогузорӣ намудем.

Дар лаҳзаи ба статсионар дохил шудани беморони гуруҳи асосӣ, ҳамчунин дар динамикаи табобат ҳолати маҷрои хун дар шараёнҳои андомҳои поёни таҳқиқ карда шуд, ки дар натиҷа пастшавии назаррасии суръати ростхатаи маҷрои хун (СРМХ) дар шарёнҳои соқи андоми иллатёфта муайян карда шуд, ки махсусан ҳангоми синдроми дарди шадид хеле возеҳ буд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Суръати ростхатаи маҷрои хун дар шарёнҳои андомҳои поёни дар беморони гуруҳи асосӣ (n=54) то ва баъд аз табобат (M±m)

Шараён	Суръати ростхатаи маҷрои хун (см/с)			p
	андоми солим	андоми осебдида		
		то табобат	баъди табобат	
Умумии рон	58,1±3,6	56,4±4,3	56,1±4,2	>0,05
Зери зону	29,5±2,5	31,1±3,2	34,1±3,6	>0,05
Қафои калони соқ	23,6±1,8	32,3±1,4	30,3±1,7	<0,001
Пеши калони соқ	16,4±1,7	26,7±1,7	25,2±1,6	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо то ва баъди табобат (тибқи Т-критерияи Вилкоксон), *p<0,001 – ҳангоми санҷиш бо нишондиҳандаҳои андоми солим (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

Суст шудани маҷрои хун дар сегментҳои дисталии шараёни андоми иллатёфта дар натиҷаи спазм дар ҷавоб ба дардҳои нейрогенӣ дар асари инфилтратсияи периваскулярӣ ва таҳриқоти девораи шарёнҳои магистралӣ ба вучуд меояд. Барои суст шудани маҷрои хуни шараёни варами андом низ аҳамияти калон дорад. Дар протсессии баргузории табобати консервативӣ, пас аз тазриқи паравазалии махлули доруҳо дар проексияҳои сегментҳои тромбозии варидҳои амиқ спазми шарёнҳо бартараф карда шуд ва ба ин васила маҷрои хун дар системаи шарёнҳо муътадил гашт. Суст шудани перфузияи шараёни бофтаҳо дар заминаи гипертензияи варидҳо ба ҷараёни ТШВА таъсири бевосита намерасонад, аммо метавонад боиси васеъ гаштани минтақаи тромбоз дар коллекторҳои бофтавии варидҳо гардад.

Дар аксари беморони таҳқиқшуда (n=42; 77,8%) дар ҷараёни табобат динамикаи мусбат ба мушоҳида расид. Регресси симптоматикӣ ва клиникӣ дар шакли камшавӣ то ҳадди аз байн рафтани синдроми дард ва регресси варам дар муҳити андомҳои иллатёфта дида шуд. Ҳангоми рухсат шудан мувофиқи маълумоти СД аломатҳои реканализатсияи варидҳои тромбозшуда мавҷуд набуд, танҳо васеъшавии физиологии варидҳои зерипӯстӣ, беҳтаршавии аксулҷараёни коллатералии варидҳо, баланд шудани маҷрои хуни шарёни дар шарёнҳои спазмшуда ба қайд гирифта шуд. Тибқи маълумоти СД дар бештари мавридҳо аксулҷараёни хун аз варидаи амиқи рон ба варидаи калони зерипӯстӣ амалӣ гашта, баъдан ба варидаи поёнии эпигастралӣ рафта, спазми такрорӣ шарёнҳои канорӣ аз байн бурда шуд.

Дар 8 (14,8%) бемор новобаста аз табобати гузаронидашуда, ҳам дар маълумотҳои лабораторӣ ва ҳам клиникӣ динамикаи мусбат ба назар нарасид. Минбаъд дар 4 нафари онҳо (7,4%) норасогии сафедаи мембранагии интегрин алфа 2 (ITGA2) ва интегрин б-3 (ITGB3) муайян карда шуд, ки аз мавҷуд будани тромбофилияи модарзодӣ гувоҳӣ медиҳад.

Ҳангоми таҳқиқ намудани нишондиҳандаҳои гемостази плазмавӣ (ВФҚТ, ВПТ, ИПТ, ТМБ, ВТ, фибриноген, замони коалинӣ) муайян карда шуд, ки ҳангоми ба статсионар дохил шудани бемор то таъйин кардани

антикоагулянтҳо ихтилолҳои назарраси гиперкоагулятсия ба чашм мерасад (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои гемостази плазмавӣ

Нишондиҳанда	Нишондиҳандаҳои меъёрӣ	Дар рафти табобат лечения			Гуруҳи назоратӣ	p
		бистаришавӣ	миёнаи табобат	ҳангоми рухсат		
ВФҚТ (с)	25-35	34,3±4,2	24,2±1,2***	61,2±7,1***	35,5±4,5	<0,001
ТБМ (в.ш.)	0,8-1,2	2,1±0,4	0,78±0,1***	1,7±0,3	2,15±0,5	<0,001
ВПТ (с)	11-16	19,8±2,1	10,4±0,8***	17,3±1,1*	20,2±2,4	<0,001
ИПТ (%)	80-120	73,9±4,4	119,6±7,4***	79,5±3,5*	74,2±4,9	<0,001
ВТ (с)	14-20	19,6±1,1	11,3±1,7***	18,4±1,8	19,2±0,9	<0,001
Фибриноген (г/л)	2-4	2,9±0,8	5,5±0,8***	3,5±0,7	2,7±0,6	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо дар рафти табобат (тибқи критерияи Фридман), *p<0,05, **p<0,001 – ҳангоми санҷиш бо нишондиҳандаҳои гуруҳи назоратӣ (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

Ҳамин тавр, нишондиҳандаи ВФҚТ ба ҳисоби миёна 25 с буда, дар сарҳади поёнии меъёр қарор дошт, ин аз баланд шудани фаъолнокии системаи лахтабандии хун дарак медиҳад. Дар заминаи табобат дар шабонарӯзи чаҳору нишондиҳанда баланд шуд ва ба ҳисоби миёна 61,2±7,1с.-ро ташкил дода, ба диапазони қаноатбахши гипокоагулятсия расид. Қабл аз рухсат шудан аз статсионар баъди манъ кардани эноксипарини натрий ва гузаштан ба монотерапияи ривароксабан, нишондиҳандаи ВФҚТ якбора паст шуд ва ба ҳисоби миёна 35,5±4,5 с.-ро ташкил дод, ки ин ба сарҳади болоии меъёр рост меояд. Ин тағйиротҳо аз манъ кардани антикоагулянти таъсираш мустақим вобаста аст, зеро вай натиҷаҳои таъсири ин синфи антикоагулянтҳоро инъикос менамояд. Бо вучуди ин, дар 9 (16,67%) бемор нишондиҳандаи ВФҚТ дар диапазони муътадил ва ё дар ҳудуди сарҳади поёнии он қарор дошт.

Дигар нишондиҳандаи муҳимми гемостази плазмавӣ ТБМ мебошад, ки аз таносуби ВПТ-и бемор нисбат ба ВПТ-и плазмаи муътадил иборат мебошад. Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми бистарӣ кунонидан дар аксари бештари беморон нишондиҳандаҳои ТБМ дар ҳудуди сарҳади поёнии меъёр мутафовит - 0,71-0,93 в.ш. қарор дошт, ки аз баланд шудани фаъолнокии системаи лахтабандии хун дарак медиҳад. Дар миёнаи табобат ин нишондиҳанда каме баланд шуда ва ба ҳисоби миёна – 1,7±0,3 в.ш. ташкил намуд, ин аз қимати меъёрӣ ҳангоми ин беморӣ гувоҳӣ медиҳад. Дар муқоиса аз ВФҚТ нишондиҳандаҳои ТБМ дар динамикаи табобат ба тарафи гипокоагулятсия баланд шуданро идома медиҳад ва ба ҳисоби миёна 2,15±0,5 в.ш. (баланд шудан бештар аз 30%) –ро ташкил медиҳанд, чунки ТБМ натиҷаҳои таъсири антикоагулянтҳои ғайримустақимро инъикос мекунад. Асосан дар равиши табобат диапазони устувори табобати гипокоагулятсия ба даст оварда шуд. Новобаста аз табобати гузаронидашуда, дар 6 (11,11%) бемор бидуни динамикаи мусбат, нишондиҳандаҳои ТБМ ба қиматҳои муътадил мувофиқат мекарданд, ё дар ҳудуди сарҳади поёнии онҳо қарор доштанд. Бояд қайд кард, ки синну соли ин беморон ҷавон буд.

Оптимизатсияи тактикаи табобати тромбози шадид ва бемории посттромботикии андомҳои поёни. *Тактикаи табобати фазаи шадиди тромбози варидҳои амиқ.* Мувофиқи таснифи А.А. Спиридонов (1989), тромбози шадиди варидӣ аз як шабонарӯз то 2 ҳафта ба ҳисоб меравад. То

имрӯз тактикаи ягонаи табобат вучуд надорад, бахсҳо атрофи табобати он бисёрпахлӯ ва мухолифи якдигар ҳастанд. Мақсади асосии табобати консервативӣ инҳоянд: профилактикаи пешравии тромбхозилшавӣ, ба даст овардани васлшавии тромби нав ба девораи варидҳо, бартараф кардани протсессии илтиҳобӣ, беҳтар кардани микросиркулятсия, бартараф кардани синдроми дард ва аз ҳама асосӣ, бартараф намудани оризаи таҳдидкунанда - тромбоемболияи шарёнҳои шуш.

Тактикаи табобати статсионарии аз тарафи мо оптимизатсияшуда ҳамзамон таъйин намудани антикоагулянтҳои таъсирашон мустақим аз ҳисоби гепарини хурдмолекулярӣ (эноксапарини натрий) ва ингибитори нави пероралии селективии мустақими омили Ха лахтакунӣ (ривароксабан), антиагрегантҳо (пентоксифиллин), донаторҳои оксиди нитроген (L-аргинин), флебопротекторҳо (фраксияи микронизивии тозаи флавоноидӣ), антиоксидантҳо (токофероли атсетат) ҳамчунин тазриқи паравазалии махлули доруҳо (30 мл махлули новокаини 0,5% + 8 мл махлули гидрокортизон + 4 мл махлули лидаза + 5000 воҳид махлули гепарин) дар прокексияи варидҳои тромбозшуда дар се нуқтаи пешакӣ муайяншударо таҳти назорати сканеркунии дуплексӣ дар бар мегирад. Табобати мавзёӣ дар шакли компрессҳо бо марҳами гепарин ва ё гели Лиотон-1000 барои тамоми давраи дар статсионар қарор доштани бемор, ба сифати ҷузъи ҳатмии табобати комплексӣ таъйин карда мешавад. Вай аз усули анъанавии табобат бо он фарқ мекард, ки дар як лаҳза ду антикоагулянт таъйин карда шуда, тазриқи паравазалии махлули доруҳо, антиоксидантҳо ва донаторҳои оксиди нитроген бо мақсади ситопротексияи ислоҳи дисфунксияи эндотелиалӣ анҷом дода мешавад.

Инфузияи дохиливаридии пентоксифиллин дар давоми 5-6 рӯз гузаронида шуда, эноксапарини натрий ба таври зерипӯстӣ аз ҳисоби 1мг/кг 2 маротиба дар як шабонарӯз вобаста аз вазни бадан дар давоми 7 шабонарӯз гузаронида шуда, ҳамзамон ривароксабан бо дозаи профилактикии 10 мг дар шабонарӯз таъйин карда мешавад. Минбаъд табобати давомноки антикоагулянтӣ бо ривароксабан бо дозаи 20 мг дар як шабонарӯз дар давоми на камтар аз як сол анҷом дода мешавад.

Дар ҳамаи беморон пас аз тазриқи паравазалии махлули доруҳо кам шудани синдроми дард ба мушоҳида мерасад, спазми шарёнҳои канорӣ бартараф карда шуда, ба ҳамин васила гардиши хун дар андоми иллатёфта дар шакли гармшавӣ беҳтар гашт, варам паст шуд.

Аз 54 бемори гурӯҳи асосӣ, бо нишонаҳои клиникии тромбоемболияи шохаҳои шарёни шушӣ ва пайдошавии пневмонияи инфарктӣ 2 (3,7%) нафар дохил шуд. Дар 3 бемори гурӯҳи асосӣ ҳангоми ба статсионар дохил шудан аломатҳои флегмазияи кабудӣ саршуда ба мушоҳида расид, ҳангоми гузаронидани сканеркунии дуплексии ултрасадоӣ тромбози умумии ҳам варидҳои амиқ ва ҳам варидҳои зерипӯстӣ, ҳамчунин спазми шарёнҳои канорӣ муайян карда, ки онҳоро пас аз тазриқи паравазалии махлули доруҳо бартараф кардан муяссар шуд.

Тактикаи табобат дар муҳлатҳои гуногуни пас аз гузаронидани тромбози шадид. Баъди хатм шудани курси табобати статсионарӣ ҳангоми рухсат шудан ба ҳамаи беморон тавсия дода шуд, ки истеъмоли ривароксабанро бо интиҳоби инфиродӣ бо дозаи аз 10 то 20 мг вобаста аз

вазни бадан, тахти назорати коагулограмма давом диҳанд. Курси муолиҷа бо антикоагулянтҳо маъмулан на камтар аз 6 моҳ давом мекунад. Ҳамчунин ҳар як 4-6 моҳ табоботи флеботропиро тавассути таъйин кардани фраксияи микронизатсияи тозашудаи флавоноидӣ 500 мг 2 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми як моҳ гузарониданд. Кислотаи атсетилсалитсилиро беморон бо дозаи 100 мг барои паст кардани агрегатсияи тромбоцитҳо, доимӣ қабул мекунанд. Доимӣ гирифтани компрессияи эластикӣ дар 3 соли наздиктарин яке аз чузъҳои асосии табоботи реабилитатсионӣ маҳсуб мешавад. Инчунин дар ҳарду гурӯҳи беморон ба сифати яке аз асосҳои фармакотерапияи БПТ таъйин кардани антиоксидант - токоферол атсетат (витамини Е) бо мақсади ситопротексия ва кам кардани вазнинии дисфунксияи эндотелиалӣ ба шисоб меравад.

Дар 6 (11%) бемори гурӯҳи асосӣ новобаста аз табоботи гузаронидашуда, дар давраи посттромботикӣ динамикаи мусбати ҳам нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ ва ҳам усулҳои иловагии таҳқиқот ба мушоҳида нарасид. Минбаъд хунро барои тромбофилия таҳқиқ кардем: дар 3 (5,5%) бемор дефитситаи сафедаи мембранагии интегрин алфа 2 (ITGA2) ва интегрин б-3 (ITGB3) муайян карда шуд. Вобаста аз ин, ба беморон тавсия дода шуд, ки ривароксабанро бо дозаи 20 мг 1 маротиба дар як шабонарӯз бо давра ба давра назорат кардани замони протромбинӣ ба таври доимӣ истеъмол намоянд.

Беморони гурӯҳи назоратӣ ба мо барои мавшварат ва кӯмак дар муҳлатҳои гуногуни пас аз давраи шадиди ТВА муроҷиат кардаанд. Ҳангоми муоина кардан дар аксари бештари онҳо (n=54; 78,26%) шаклҳои вазнинии БПТ ба қайд гирифта шуд. Шаклҳои чуброннашавандаи норасоии музмини варидҳо (синфҳои С3-С6) нишондод барои табоботи ҷарроҳӣ буданд.

Ҳамин тавр, мукамалӣ ва хусусиятҳои табоботи гузаронидашуда дар давраи шадиди беморӣ аз ҷараёни минбаъда ва пешравии беморӣ вобаста аст. Тактикаи аз тарафи мо оптимизатсишуда имконият дод, ки сифати ҳаёти беморони гирифтори ТШВА дар давраи миёнаи дурр аз ҳисоби шаклҳои окклюзионии БПТ ва реканализатсияи нопурраи варидҳои иллатёфта хеле беҳтар карда шавад. Маҳз дараҷаи реканализатсия, ҳамчун нишондиҳандаи самаранокии табобот дар давраи шадиди ТВА аз бисёр ҷиҳат ҷараёни БПТ-ро муайян кард. Вазнинии НМВ мустақиман аз дараҷаи реканализатсия вобаста буд, чӣ қадар, ки дараҷаи реканализатсия баланд бошад, ҷараёни БПТ ҳамон қадар сабук мегузарад ва ба параметрҳои гуногуни сифати ҳаёти беморон таъсири камтар расонид.

Баҳогузори ба самаранокии табоботи тромбози шадид ва бемории посттромботикӣ дар муҳлатҳои гуногуни муоина. Ҳамаи беморон пас аз қабул намудани курси маҳсули табоботи консервативӣ дар шабонарӯзи 10-11-ум барои муолиҷаи амбулаторӣ рухсат шуда буданд. Ҳангоми рухсат шудан ба ҳамаи беморон тавсия карда шуд, ки истеъмоли ривароксабанро бо интиҳоби инфиродӣ бо дозаи муносиб вобаста аз массаи бадан, нишондиҳандаҳои гемостаз, ҳамчунин мавҷуд будани бемориҳои роҳи ҳозима ва бемории музмини гурдаҳо давом диҳанд. Назорати ҷиддии ТМБ дар ҳар як 14-28 рӯз гузаронида шуд.

Кислотаи атсетилсалитсилӣ барои беморон бо дозаи 100 мг дар як шабонарӯз таъйин карда шуд. Диосмин низ дар давоми ду моҳ бо 1000 мг 2

маротиба дар як шабонарӯз бо курси такрории табобат дар ҳар як 4-6 моҳ таъйин карда шуд. Ҳамчунин компрессияи эластикии доимӣ тавсия карда шуд.

Назорати динамикии беморон дар давоми 3 сол ва зиёдтар сурат гирифт. Беморон дар ҳар 3-6 моҳ фаълоне муоина карда шуданд. Дар давраи дур беморон барои муоинаи назоратӣ бо таъйин кардани курси зарурии табобати консервативӣ дар як сол 2 бор муоина карда шуданд.

Ҳангоми мурочиатҳои такрории беморони ҳарду гурӯҳ дар муҳлати аз 3 то 36 моҳи пас аз давраи шадиди ТВА дараҷаи реканализатсияи варидҳои мағистралӣ, НМВ тибқи таснифи СЕАР, инчунин возеҳии симптомҳои клиникӣ тибқи шкалаи Villalta омӯхта шуданд. Нишондиҳандаҳои шкалаи Villalta дар беморони гурӯҳи асосӣ аз 5 то 14 ҳол, дар гурӯҳи назоратӣ онҳо зиёда аз 12 ҳолро ташкил доданд, дар 11 (16%) ҳолат решҳои трофикӣ дида шуд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – дараҷаи вазнинии бемории посттромботикӣ дар беморони ҳарду гурӯҳ тибқи шкалаи Villalta

Дараҷаи возеҳии симптомҳои клиникӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=54)	Гурӯҳи назоратӣ (n=69)	p
Нишонаҳои субъективӣ			
Дард	1,1±0,2	2,3±0,3	<0,001
Ихтилоҷ	1,4±0,3	2,4±0,4	<0,001
Эҳсосоти вазнинӣ	1,3±0,3	2,3±0,4	<0,001
Парестезия	0,8±0,1	1,5±0,2	<0,001
Хориш	0,4±0,08	1,3±0,3	<0,001
Нишонаҳои объективӣ			
Варами претибиалӣ	1,5±0,4	2,6±0,4	<0,001
Индуратсияи (сахтшавии) пӯст	0,9±0,1	1,4±0,2	<0,001
Гиперпигментатсия	0,4±0,06	1,1±0,1	<0,001
Сурхшавӣ	0,4±0,06	1,1±0,2	<0,001
Васеъшавии варидҳо (эктазияи варидӣ)	1,5±0,4	2,6±0,5	<0,001
Дард ҳангоми компрессияи соқ (компрессияи мушакҳои миҳича)	0,7±0,06	1,9±0,4	<0,001
Решҳои трофики варидӣ.	0,04±0,06	1,1±0,2	<0,001
Ҷамъи умумии ҳолҳои нишонаҳои объективӣ ва субъективӣ	10,4±0,7	21,6±2,1	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

Тавре ки аз ҷадвали пешниҳодшуда бармеояд, дар гурӯҳи асосӣ мувофиқи ҳамаи нишондодҳои беморӣ - шкалаи махсуси Villalta ҷараёни нисбатан ҷуброншавандаи НМВ ба мушоҳида мерасад, ки аз реканализатсияи хуби варидҳои тромбозшуда ва ҷараёни нисбатан хубтари БПТ дарак медиҳад.

Мувофиқи таснифи СЕАР дар бештари беморони гурӯҳи асосӣ (n=37; 68,52%) шаклҳои беоризаи БПТ ба мушоҳида мерасад, дараҷаи НМВ ба синфҳои С₂₋₃, мувофиқат кард. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи асосӣ ба бештари беморон табобати консервативӣ таъйин карда шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ бинобар окклюзияи музмини варидҳои мағистралӣ дар бештари беморон (n=54; 78,26%) шаклҳои вазнинии БПТ ба мушоҳида расид. Дар шаклҳои

ҷуброннашавандаи НМВ (синфҳои С₄-С₆) табобати ҷарроҳӣ тавсия карда шуд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Гурӯҳбандии беморони ҳарду гурӯҳ аз рӯи дараҷаи НМВ тибқи таснифи СЕАР

Синфи НМВ	Гурӯҳи асосӣ (n=54)	Гурӯҳи назоратӣ (n=69)	p
С ₂₋₃	37 (68,5%)	15 (21,8%)	<0,001
С ₃₋₄	15 (27,8%)	37(53,6%)	<0,01
С ₅₋₆	2 (3,7%)	17 (24,6%)	<0,01

Эзоҳ: **p<0,01, ***p<0,001 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Дар давраи барвақт аслан реканализатсияи варидҳои рон дар мавзеи даҳанаи варидаи амиқи рон ва калони зерипӯстӣ дида шуд, дар ин маврид хун аз варидаи амиқи рон ва мустақиман аз тариқи варидҳои васеъшудаи перфорантӣ ба варидаи калони зерипӯстӣ меравад. Динамикаи протесси реканализатсия пас аз саргузаронидани тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни дар ҳарду гурӯҳ дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

Ҷадвали 6. - Динамикаи тағйироти миқдори беморон бо реканализатсияи ҳуби варидҳои амиқ

Мухлати назорат (моҳҳо)	Гурӯҳи асосӣ (n=54)	Гурӯҳи назоратӣ (n=69)	p
3	23 (42,6%)	15 (21,7%)	<0,05
4-6	41 (75,9%)	33 (47,8%)	<0,01
7-12	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05
13-24	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05
25-36	45 (83,3%)	43 (62,3%)	<0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Ҳангоми мурочиатҳои такрорӣ беморони ҳарду гурӯҳ дар муҳлати пас аз 3 моҳи саршавии беморӣ ҳангоми СД дар 82 (66,6%) ҳолат васеъшавии варидҳои коммуникантии варидҳои соқ ва норасоии клапанҳои онҳо ба назар расид. Бояд қайд кард, ки протесси реканализатсия дар сарҳадҳои проксималӣ ва дисталии тромб ба мушоҳида расид. Дар таҳқиқоти минбаъда пас аз 6 моҳ дараҷаҳои гуногуни реканализатсия дар 41 (75,9%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 33 (47,8%) бемори гурӯҳи назоратӣ ба назар расид. Дар охири соли аввал миқдори беморон дар гурӯҳи асосӣ бо дараҷаҳои гуногуни реканализатсия то 45 (83,3%) зиёд шудааст. Дар байни онҳо реканализатсияи пурра дар 39 (72,2%) бемор дида шуд, ҳол он ки дар гурӯҳи назоратӣ дараҷаҳои гуногуни реканализатсия дар 43 (62,3%) бемор ва реканализатсияи пурра дар 23 (33,3%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар охири соли дуюм фарқиятҳои назаррас аз нишондиҳандаҳои қаблӣ ба чашм нарасид.

Дар 13 (18,8%) бемори гурӯҳи назоратӣ ва 4 (7,4%) бемори гурӯҳи асосӣ ретромбози варидҳои амиқ пайдо шуд. Ҳамин тавр, тахмин кардан мумкин аст, ки дар сурати мавҷуд набудани реканализатсия дар сегменти дорои варидаи тромбозшуда дар муҳлати 6 моҳ эҳтимоли реканализатсияи минбаъдаи он кам аст. Вазнинии НМВ мустақиман аз дараҷаи реканализатсия вобаста аст.

Бояд зикр кард, ки дар 37,7%-и беморони гурӯҳи назоратӣ окклюзияи сегменти варидаи иллатёфта боқӣ монда, барои боз ҳам вазнин шудани ҷараёни БПТ мусоидат намуд, дар ин маврид варам, вазнинӣ дар пойҳо,

парестезия, тағйироти трофикии пӯст, гиперпигментатсия, индуратсия боқӣ монданд.

Ба реканализатсияи барвақти варидҳои тромбозшудаи беморон дар муҳлатҳои гуногуни пас аз тромбози системаи варидҳои амиқи нигоҳ накарда, бад шудани сифати ҳаёт (СХ) ба мушоҳида расид, ки ин пеш аз ҳама, ба зуҳуроти клиникалии субкомпенсатсияи маҷрои хуни варидӣ алоқаманд аст. Таҳлили пурсиши беморон нишон дод, ки дар муҳлатҳои наздиктарини пас аз протсессии тромбоз дар ҳамаи беморон хеле бад шудани СХ ба мушоҳида мерасад, ин дар байни ГН ва ГА чандон фарқ надошт. Ҳамзамон, дар давраи нимсолаи авали пас аз сар гузаронидани бемории ТШВА бисёр нишондиҳандаҳои СХ ҳам дар беморони ГА ва ҳам ГН бетағйир боқӣ монданд, гарчанде дар бештари беморон дар ҳарду гурӯҳ сар шудани протсессии реканализатсия ба назар расид (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон мувофиқи пурсишномаи SF-36

Параметрҳои сифати ҳаёт	Гурӯҳи асосӣ (n=54)					Гурӯҳи назоратӣ (n=69)				p	
	Муҳлатҳои таҳқиқот (моҳҳо)					p	1-5	6	12		18
	1-5	6	12	18							
RF – фаъолияти ҷисмонӣ	80,1±7,1	81,2±7,3	78,4±5,7	76,9±4,8	>0,05	78,2±6,5	80,4±7,1	84,7±4,6	90,4±3,4**	<0,01	
RP – амалкарди нақш	73,1±23,9	73,9±23,4	78,2±14,3	80,1±10,5	>0,05	72,6±24,1	74,1±23,2	80,5±15,6	85,4±16,2*	<0,001	
BP – шиддатнокӣ дард	60,9±20,7	65,1±20,5	68,4±21,2	70,6±18,9	>0,05	61,2±21,9	68,9±19,2	78,2±20,4*	83,5±19,5***	<0,001	
GN – вазъи умумии саломатӣ	60,7±15,3	64,3±16,2	69,1±20,4	71,2±21,3	>0,05	60,9±15,8	68,2±17,1	78,6±21,2*	84,5±20,7***	<0,001	
VT – фаъолнокии ҳаётӣ	57,9±16,1	64,1±17,3	67,5±19,5	70,8±20,2	<0,05	58,1±16,3	63,4±17,4	77,8±20,2**	86,7±21,5***	<0,001	
SF – фаъолияти иҷтимоӣ	64,7±15,3	66,9±16,8	71,2±18,9	70,5±21,3	>0,05	64,3±15,2	67,1±17,1	76,9±19,4	87,2±20,8***	<0,001	
RE – амалкарди нақш к ибҳо ҳолати эмотсионалӣ иртиботдоранд	57,2±15,3	63,9±17,2	66,8±18,7	68,7±20,4	<0,05	57,3±15,4	64,5±16,8	78,1±19,3**	89,8±17,1***	<0,001	
MN – солимии раванӣ	52,5±15,4	58,1±16,9	62,5±17,8	69,1±21,3	<0,05	52,1±15,2	57,1±16,9	78,9±18,1	88,4±20,2***	<0,001	
RN – ҷузъи ҷисмонии саломатӣ	51,5±15,1	57,9±16,2	61,8±16,9	68,4±20,9	<0,05	51,4±14,9	58,2±16,3	77,4±17,9***	87,9±21,3***	<0,001	
MN – ҷузъи психологӣ и саломатӣ	50,7±13,6	57,1±15,6	62,7±17,1	68,9±20,3	<0,05	50,3±13,4	56,2±15,4	77,8±16,2***	87,1±18,6***	<0,001	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар динамикаи назорат (тибқи критерияи Фридман), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондодҳо дар ГН дар муҳлатҳои муносиби назорат (тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Таҳқиқи такрорӣ системаи варидҳои амиқ нишон дод, ки баъди 12 моҳ реканализатсияи назарраси сегменти тромбозшудаи системаи варидҳои амиқ дар 62,3%-и беморони ГА ва 83,3%-и ГН ба мушоҳида расид ($p < 0,001$). Маҳз реканализатсияи хуб бо бартараф намудани симптомҳои НМВ ба хеле беҳтар шудани баъзе параметрҳои СХ оварда расониданд. Чунончи, дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ пас аз як соли тромбозро аз сар гузаронидан дар беморони ГН нисбат ба ГА хеле паст шудани шиддати синдроми дард, ҳолати умумии бемор, фаъолнокии ҳаётӣ, амалкарди нақш, ки дар асари ҳолатҳои эмотсионалӣ руҳ додаанд, ба назар мерасад. Чунин динамика пас аз 18 моҳи тромбозро аз сар гузаронидан низ дар беморони ГН дида шуд. Бояд қайд кард, ки зуд-зуд пайдо шудани шаклҳои инсидодии БПТ бо НМВ-и вазнин барои нигоҳ доштани синдроми дард, ҳамчунин варами назарраси андомҳо мусоидат намуд, ки дар натиҷаи ин ҳам дар вазъи умумии саломатии беморон ва ҳам дар фаъолияти иҷтимоии онҳо тағйироти муҳим ба амал омад. Маҳз намуди ғайри қобили қабули андомҳои иллатёфта дар давраи дури миёнаи пас аз ТШВА сабаби суғустани фаъолияти иҷтимоии беморони гурӯҳи асосӣ (ГА) гаштанд.

Ба таҳқиқ ва мушоҳибаи беморон пас аз 18 моҳи сар шудани протсессҳои тромбоз нигоҳ накарда, ҳам дар байни беморони ГН ва ҳам ГА тағйироти назарраси ҷисмонӣ ва ҷузъҳои саломатии психологӣ ба мушоҳида мерасад. Аммо фарқиятҳои назарраси ҷузъҳои ишорашудаи СХ дар байни беморони ГН ва ҳам ГА дида шуд. Ин, ба андешаи мо, дар натиҷаи шаклҳои окклюзиони БПТ ба вучуд омадааст, ки дар ГА (37,7%) назар ба ГН хеле зиёд ГҚ (16,7%) дида шуд ($p < 0,001$).

Ҳамин гуна маълумотҳо ҳангоми таҳқиқи СХ бо ёрии пурсишномаи махсуси CIVIQ2 ба даст оварда шуданд. Дар маҷмӯъ таҳқиқи СХ тибқи пурсишномаи CIVIQ 2 нишон дод, ки дар ГА ихтилолҳои ҷиддӣ ва вазнини (40,6%) параметрҳои гуногуни СХ мавҷуд буд, ҳол он ки дар ГН чунин ихтилолҳо хеле кам (9,3%) ба қайд гирифта шудааст ($p < 0,001$) (ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон мувофиқи пурсишномаи CIVIQ 2 (мутл, %)

Нишондиҳандаҳо и сифати ҳаёт	Гурӯҳи назоратӣ (n=69)					Гурӯҳи асосӣ (n=54)				
	Муҳлати таҳқиқ (моҳ)									
	1-5	6	12	18	p	1-5	6	12	18	p
Ихтилолҳои ночизанд ё нестанд (0-25%)	17 (31,5%)	19 (35,2%)	24 (44,4%)	21 (38,9%)	>0,05	7** (10,1%)	11* (15,9%)	8*** (11,6%)	7*** (10,1%)	>0,05
Ихтилолҳои муътадил (26-50%)	30 (55,6%)	27 (50,0%)	25 (46,3%)	28 (51,9%)	>0,05	14*** (20,3%)	18** (26,1%)	17* (24,6%)	18** (26,1%)	>0,05
Ихтилолҳои ҷиддӣ (51-75%)	3 (5,6%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	3 (5,6%)	>0,05	19** (27,5%)	17** (24,6%)	19*** (27,5%)	18** (26,1%)	>0,05
Ихтилолҳои вазнин (75-100%)	4 (7,4%)	5 (9,3%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	>0,05	29*** (42,0%)	23** (33,3%)	25*** (36,2%)	28*** (40,6%)	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар динамикаи назорат (тибқи по Q-критерияи Кохрена), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондодҳо дар ГН дар муҳлатҳои муносиби назорат (тибқи критерияи χ^2).

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон медиҳанд, ки тактикаи табобати оптимизатсияшудаи мо имконият дод, ки сифати ҳаёти беморони гирифтори ТВА дар давраи миёнаи дур аз ҳисоби кам шудани миқдори шаклҳои окклюзиони БПТ ва реканализатсияи нопурраи варидҳои тромбозшуда беҳтар карда шавад. Маҳз дараҷаи реканализатсия, ба сифати нишондиҳандаи самаранокии табобат дар давраи шадиди ТВА аз бисёр ҷиҳатҳо ҷараёни БПТ-ро муайян намуд. Вазнинии НМВ мустақиман аз дараҷаи реканализатсия вобаста аст. Чӣ қадар, ки дараҷаи реканализатсия баланд бошад, БПТ ҳамон қадар сабук мегузарад ва ба параметрҳои гуногуни СХ-и беморон таъсири камтар расонид.

ТВА-и шадиди андомҳои поёни бемории нисбатан зиёд паҳншуда аст ва дар баробари ин метавонад боиси яке аз оризаҳои барои ҳаёти одамон хатарноктарин - тромбоземболияи шарёни шушӣ ва НМВ оварда расонад. Вазнинии он аз бисёр ҷиҳатҳо аз табобати муносиб ва саривақтии давраи шадид вобаста аст. Схемаи модификатсионии аз тарафи мо пешниҳодшудаи табобати беморони гирифтори тромбози шадиди варидҳои амиқ самаранокии худро собит намуд. Аз ин хусус дар беморони ГА назар ба ГН нисбатан барвақт сар кардани протсессҳои реканализатсия дарак медиҳад. Сифат ва доимӣ будани баргузори табобати реабилитатсионӣ аҳамияти бузург доранд. Мувофиқи натиҷаҳои табобати беморони гурӯҳи асосӣ самаранокӣ ва беҳатари итсифодаи муштараки ду антикоагулянт собит карда шуд. Дар муҳлатҳои дури назорат (то 2 сол) натиҷаҳои нисбатан беҳтарин дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми муқоиса намудан бо гурӯҳи назоратӣ – мутаносибан реканализатсия дар 83,3% ва 63,7% бемор ба мушоҳида расид. Шаклҳои окклюзиони БПТ дар гурӯҳи асосӣ 16,7%, дар гурӯҳи назоратӣ 37,7% буд. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз муҳим будани табобати статсионари таҳассусӣ ва комплекси беморони гирифтори ТВА андомҳои поёни дар давраи шадиди беморӣ гувоҳӣ медиҳанд.

ХУЛОСАҲО

1. Таҳқиқоти клиникӣ ва сканеркунии дуплексӣ ҳангоми воридшавии беморон имконият дод, ки хусусият, ҷойгиршавӣ ва сохтори тромб дар варидҳои амиқ муайян ва тактикаи минбаъдаи муҳофизати беморони гирифтори тромбози шадиди варидҳои амиқ ҳаллу фасл карда шавад. Тромби шинокунанда мувофиқи тадқиқотҳои мо дар 5,5%-и ҳолатҳо, наздидеворӣ – дар 7,4% ва окклюзионӣ дар 67,0%-и беморон муайян шуд. Ҳангоми тромбози шадиди варидҳо ичунин пастшавии ҷуброншавандаи суръати ростхатаи маҷрои хун дар шарёнҳои соқ, васъшавии ҷуброншавандаи варидҳои зерипӯстӣ ва аломатҳои барвақти пайдошавии роҳҳои коллатералии аксулҷараён ба мушоҳида мерасад [3-М, 7-М, 9-М, 11-М].

2. Нишондиҳандаҳои объективи лабораторӣ барои назорати динамикаи самаранокии табобати консервативии тромбози шадиди варидҳо ва бемории посттромботикӣ нишондиҳандаҳои ВФҚТ ва ТБМ маҳсуб мешаванд, ки дар ибтидо хеле паст ҳастанд ва дар заминаи табобати дукаратаи антикоагулянтӣ бо пайдо шудани гипокоагулятсияи устувор хеле баланд мешаванд. ВФҚТ дар динамика дар ҳудуди аз $35,5 \pm 5$ с то 61 ± 7 с, ТБМ - аз $1,7 \pm 0,3$ в.ш. то $2,15 \pm 0,5$ в.ш. қарор дорад. Дар беморони гирифтори тромбофилияҳои модарзодӣ дар заминаи дефицити интегрин алфа 2 (ITGA2)

ва интегрин b-3 (ITGB3) тағйироти назарраси нишондиҳандаҳои гемостази плазмавӣ дида намешавад ва вобаста аз ин зарурати табобати давомноки антикоагулянтӣ тавассути ингибиторҳои селективии омили Ха хун ба миён меояд [1-М, 5-М, 8-М, 12-М].

3. Схекаи модификатсионии оптимизатсияшудаи табобат дар давраи шадиди тромбоз аз истифодаи ду антикоагулянтҳо (эноксапарини натрий ва ривароксабан), антиагрегант (пентоксифилин), флеботоник (диосмин), корректори дисфунксияи эндотелиалӣ (L-аргинин), антиоксидантҳо (токоферол) ва тазриқи паравазалии махлули доругӣ иборат буда, имконият медиҳад, ки реканализатсияи варидҳои осебдидаи беморон ҳарчӣ зудтар ба амал ояд. Табобати реабилитатсионӣ истеъмоли тӯлонии (на камтар аз 12 моҳ) антикоагулянт, антиагрегант, антиоксидант ва истеъмоли флеботоникҳоро дар ҳар се моҳ бо табобати компрессионӣ дар бар мегирад, ки барои хеле кам шудани шакли окклюзионии бемории посттромботикӣ мусоидат менамояд [1-М, 2-М, 3-М, 5-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М].

4. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳо дар ҳарду гурӯҳ самаранокии баланди тактикаи такмилёфта ва оптимизатсияшудаи табобати комплекси тромбози варидҳои амиқро дар давраи шадид ва табобати реабилитатсионӣ нишон дод, ки барои реканализатсияи варидҳои тромбозшуда шароити беҳтарро ба вуҷуд меорад. Дар давраи назорати сесола мувофиқи натиҷаҳои сканеркунии дуплексӣ реканализатсияи варидҳои тромбозшуда дар гурӯҳи асосӣ дар 83,3% ҳолат, дар гурӯҳи назоратӣ – дар 62,3% ҳолат ба мушоҳида расид, шакли окклюзионии бемории посттромботикӣ дар гурӯҳи асосӣ зиёда аз 2 маротиба – аз 37,7% до 16,7% коҳиш ёфтааст [1-М, 6-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М].

5. Тактикаи оптимизатсияшудаи табобат имконият дод, ки миқдори ихтилолҳои ҷиддӣ ва вазнини параметрҳои гуногуни сифати ҳаёт аз 40,6% то 9,3% кам карда шавад. Баъди як соли тромбозро аз сар гузаронидан дар сурати хуб будани реканализатсияи варидҳои иллатёфта хеле суст шудани шиддатнокии синдроми дард, вазъи умумии саломатӣ, амалкарди нақш ба мушоҳида мерасад, ки дар асари ҳолатҳои эмотсионалӣ ба амал меоянд [1-М, 5-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Истифода намудани сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ хангоми дохил шудани беморон ва таҳқиқоти назоратии динамикӣ дар давраи шадиди тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни дар оянда низ имконият медиҳанд, ки тактикаи табобат муайян ва андоза ва усулҳои табобати гузаронидашуда ислоҳ карда шавад.

2. Тактикаи муроқибати беморон дар фазаи шадиди беморӣ бояд аз хусусият ва давомнокии тромб вобаста бошад, ки тавассути сканеркунии дуплексӣ муайян карда мешавад.

3. Критерияҳои объективии баҳодихии сифати табобати комплекси тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ҳамроҳ бо баҳодихии динамикаи нишонаҳои клиникӣ, нишондиҳандаҳои вақти фаъолшавии қисмии тромбопластин ва таносуби меъёри байналмиллалӣ хун ба ҳисоб мераванд.

4. Схекаи такмилёфтаи табобати комплексиро бо назардошти самаранокӣ ва бехатарии он, барои истифодаи васеъ дар фаъолияти амалии ҷарроҳони рағҳо тавсия намудан мумкин аст.

5. Бемороне, ки тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёниро аз сар гузаронидаанд, бояд аз тарафи мутахассис муоина шуда, дар муддати на камтар аз 2 сол табобати реабилитатсионӣ бигиранд.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1–М] Раджабов, Д.Р. Благоприятное течение посттромботической болезни – показатель эффективности лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, Ф.М. Махмадализода // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 436-442.

[2–М] Раджабов, Д.Р. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен при лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ч.А. Рахмонов, Д.Д. Султанов, Ф.Ш. Рашидов, А.Ш. Шохсаворбеков // Здоровоохранение Таджикистана. – 2020. – № 3. – С. 46-51.

[3–М] Раджабов, Д.Р. Некоторые аспекты этиопатогенеза и лечения острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2022. – № 2. – С. 112-119.

[4–М] Раджабов, Д.Р. Качество жизни пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Ш. Махмудов, Х.А. Юнусов, Х.Н. Шодизода // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. 12, № 3. – С. 57-66.

[5–М] Раҷабов, Д.Р. Самараи пешгирии оризаҳои тромбозэмболиявӣ ҳангоми шикастагии устухонҳои рону соқ [Матн] / Д.Р. Раҷабов, О. Неъматзода, С.Х. Қурбонов, Д.Ш. Маҳмудов, М. Абдуалимова, С.Ғ. Ализода, Д.С. Мусоев // Симурғ. – 2022. – № 3 (15). – С. 22-29.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[6–М] Раджабов, Д.Р. Корректирующие операции при посттромботической болезни голени [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ф.М. Тухтаев // «Медицинская наука: достижения и перспективы». Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 29 апреля 2016 г. – С. 237.

[7–М] Раджабов, Д.Р. Алгоритм лечения острого венозного тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ф.М. Тухтаев, Ф.М. Салимов // «Медицинская наука: новые возможности». Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященная «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 27 апреля 2018 г. – С. 248-249.

[8–М] Раджабов, Д.Р. Эффективность лечения в остром периоде тромбоза глубоких вен нижних конечностей определяет течение посттромботической болезни [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, С.А. Мирзоев, Х.А. Юнусов // Материалы XXIV Всероссийской съезда сердечно-сосудистых хирургов. – Москва, 25-28 ноябрь 2018 г. – С. 139.

[9–М] Раджабов, Д.Р. Сравнение динамики процесса реканализации после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Н.Р. Курбанов, Ф.Х. Гулов // «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». Материалы XV годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали

ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 24 апреля 2020 г. – С. 205-206.

[10–М] Раджабов, Д.Р. Течение посттромботической болезни в зависимости от эффективности лечения острого периода тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Д.Д. Султанов, С.А. Мирзоев, Н.Р. Курбанов / «Роль и место инновационных технологий в современной медицине». Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 23 ноября 2018 г. – С. 194-195.

[11–М] Раджабов, Д.Р. Динамика процесса реканализации глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, С.А. Мирзоев, З.Р. Шарипов, А.Н. Камолов, Ф.М. Салимов // Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». Материалы международной научно-практической конференции РНЦССХ. – Душанбе, 26 сентября 2020 г. – С. 69-70.

[12–М] Раджабов, Д.Р. Изучение этиологического фактора в развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей [Текст] / Д.Р. Раджабов, Ш.Ш. Амонов, Н.Р. Курбанов, А.Ш. Шохсаворбеков // «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования». Материалы 68-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, 27 ноября 2020 г. – С. 245-246.

Пешниходҳои рационализаторӣ

[13–М] Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Камолов А.Н. Оптимизация лабораторной диагностики острого тромбоза магистральных вен. Удостоверение на рационализаторское предложение №3416/R407 от 08.01.2021 г. Выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

[14–М] Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Неъматзода О. Способ лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Удостоверение на рационализаторское предложение №3417/R408 от 08.01.2021 г. Выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Рӯйхати ихтисораҳо

БПТ - бемории посттромботикӣ

ВПТ - вақти протромбинӣ

ВТ - вақти тромбинӣ

ВФҚТ - вақти фаъолшавии қисмии тромбопластин

ГА - гурӯҳи асосӣ

ГН - гурӯҳи назоратӣ

ИПТ - индекси протромбинӣ

НМВ - норасоии музмини варидҳо

СДУ - сканеркунии дуплексии ултрасадоӣ

СҲ - сифати ҳаёт

ТБМ- таносуби байналмилалӣ муътадил

ТВА - тромбози варидҳои амиқ

ТШВ - тромбози шадидаи варидҳо

ТЭШШ - тромбоэмболияи шарёни шушӣ

АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Раджабова Дориюша Раджабовича на тему: «Сравнение двух стратегий лечения острого венозного тромбоза и их влияние на течение посттромботической болезни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26-Сердечно-сосудистая хирургия

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, посттромботическая болезнь, хроническая венозная недостаточность, коагулограмма, дуплексное сканирование, реканализация.

Цель исследования. Снижение тяжести течения посттромботической болезни путём усовершенствования тактики лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей и реабилитационной терапии.

Методы исследования и использованная аппаратура. Клинический и ангиологический осмотр, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, исследование свёртывающей системы крови, рентгенография грудной клетки, электрокардиографию, оценка степени тяжести посттромботической болезни по шкале Villalta, оценка параметров качества жизни пациента опросниками Chronic Venous Insufficiency Questionnaire – 2 (CIVIQ-2) и The Short Form-36 (SF-36). Статистические исследования проводились путем формализации данных с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Установлена высокая информативность ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике и выборе тактики лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей, а также в динамике наблюдения за процессом реканализации пораженных вен в отдалённом периоде. Доказана значимые изменения плазменного гемостаза на фоне двойной антикоагулянтной терапии. Установлено, что при врожденных тромбофилиях с дефицитом мембранного белка интегрин альфа 2 (ITGA2) и интегрин b-3 (ITGB3) на фоне антикоагулянтной терапии не отмечается стойкой гипокоагуляции с увеличением показателей активированного частичного тромбопластинового времени и международного нормализованного отношения. Оптимизирована комплексная консервативная терапия острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей путем комбинированного применения двух антикоагулянтов нового поколения, фибринолитической терапии, корректоров эндотелиальной дисфункции и паравазального введения лекарственной смеси.

Установлено, что в разные сроки после перенесения тромбоза глубоких вен нижних конечностей отмечаются значимые нарушения показателей качества жизни пациентов, обусловленные нарушением венозного оттока из нижних конечностей на почве хронической окклюзии сосудов. Доказана высокая эффективность предложенной тактики позволившая значительно снизить частоту серьезных и тяжелых нарушений различных параметров качества жизни - с 40,6% до 9,3%.

Рекомендация по использованию. Практическое применение результатов исследования будут способствовать улучшению организационных вопросов оказания квалифицированной помощи больным с острым тромбозом глубоких вен, повышению знания практических врачей по тактике лечения больных данной патологией, а также значимому снижению окклюзионных форм посттромботической болезни.

Область применения: Сердечно-сосудистая хирургия, Хирургия, Травматология и ортопедия.

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Раҷабов Дориюш Раҷабович дар мавзуйи «Муқоисаи ду стратегияи табобати тромбози шадиди варидӣ ва таъсири онҳо ба ҷарарёни бемории пас аз тромботикӣ» барои дарёфти дараҷаи илмии номзоди илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.01.26-Ҷарроҳии дил ва рағҳои хунгард

Калимаҳои калидӣ: тромбози варидҳои амиқ, бемории посттромботикӣ, норасогии музмини варидӣ, коагулограмма, сканеркунии дуплексӣ, реканализатсия.

Мақсади таҳқиқот. Коҳиш додани дараҷаи вазнинии равиши бемории посттромботикӣ бо роҳи такмил додани тактикаи табобати тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни ва табобати реабилитатсионӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи дастгоҳҳо: Муоинаи клиникӣ ва ангиологӣ, сканеркунии ултрасадоии дуплексии рағҳо, таҳқиқоти системаҳои лахтабандии хун, рентгенографияи қафаси сина, электрокардиография, баҳодиҳии дараҷаи вазнинии бемории посттромботикӣ тибқи шкалаи Villalta, омӯзиши параметрҳои сифати ҳаёти беморон бо пурсишномаҳои Chronic Venous Insufficiency Questionnaire-2 (CIVIQ-2) ва The Short Form-36 (SF-36). Коркарди омории натиҷаҳои ба даст овардашуда бо ёрии компютери инфиродӣ бо истифодаи бастваи барномаҳои амалии омории «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., ИМА) иҷро карда шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағони онҳо. Дараҷаи баланди сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ дар ташхис ва интиҳоби тактикаи табобати тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни, ҳамчунин дар назорати давравии протсессии реканализатсияи варидҳои иллатёфта дар давраи дур муаян карда шуданд. Тағйирёбии назарраси гемостази плазмавӣ дар заминаи табобати антикоагулянтӣ дутаркиба собит карда шуд. Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми тромбофилияи модарзодӣ бо норасогии сафедаи мембрании интегрин алфа 2 (ITGA2) ва интегрин б-3 (ITGB3) дар заминаи табобати антикоагулянтӣ гипокоагулятсияи устувор бо баланд шудани нишондиҳандаҳои замони тромбопластинии чузъии фаълшуда ва таносуби муътадилшудаи байналмилалӣ ба мушоҳида намерасад. Табобати комплексии консервативии тромбози шадиди варидҳои амиқи андомҳои поёни бо роҳи истифодаи якҷояи ду антикоагулянтҳои насли нав, табобати фибринолитикӣ, корректорҳои дисфунксияи эндотелиалӣ ва тазриқи паравазалии омехтаи доруҳои оптимизатсия карда шуд.

Собит карда шуд, ки дар муҳлатҳои гуногуни баъди тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёниро аз сар гузаронидан дар беморон вайроншавии муҳимми нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон аз ҳисоби аксулҷараёни хунгардиши варидӣ аз андомҳои поёни дар заминаи окклюзияи музмини рағҳо ба мушоҳида мерасад. Самаранокии баланди тактикаи пешниҳодшуда исбот карда шуд, ки он ба коҳиш додани басомади вайроншавии назаррас ва вазнини нишондиҳандаҳои гуногуни сифати ҳаёти беморон аз 40,6% то 9,3% мусоидат менамояд.

Тавсияҳо ва истифодаи онҳо. Истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот ба беҳтар гардонидани масъалаҳои ташкилии расонидани ёрии таҳассусӣ ба беморони дорои тромбози шадиди варидҳои амиқ, баланд бардоштани савияи дониши табибони амалӣ оид ба тактикаи табобати ингуна беморон ва коҳишёбии басомади намудҳои окклюзионии бемории посттромботикӣ мусоидат менамоянд.

Соҳаи истифода: Ҷарроҳии дил ва рағҳои хунгард, Ҷарроҳӣ, Осебшиносӣ ва раддодӣ.

ANNOTATION

abstract of the dissertation of Radzabov Doriyush Radzhabovich on the topic: "Comparison of two strategies for the treatment of acute venous thrombosis and their influence on the course of post-thrombotic disease" for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.26-Cardio-vascular Surgery

Keywords: deep vein thrombosis, post-thrombotic disease, chronic venous insufficiency, coagulogram, duplex scanning, recanalization.

Purpose of the study. Reducing the severity of the course of post-thrombotic disease by improving the tactics of treating acute deep vein thrombosis of the lower extremities and rehabilitation therapy. Research methods and equipment used.

Research methods and techniques used. Clinical and angiological examination, ultrasonic duplex scanning of blood vessels, examination of the blood coagulation system, chest radiography, electrocardiography, assessment of the severity of post-thrombotic disease according to the Villalta scale, assessment of patient quality of life parameters with the Chronic Venous Insufficiency Questionnaire - 2 (CIVIQ-2) and The Short Form-36 (SF-36). Statistical studies were carried out by formalizing data using the Statistica 10.0 software package (StatSoft Inc., USA).

Obtained results and their novelty. The high informative value of ultrasonic duplex scanning in the diagnosis and choice of tactics for the treatment of acute deep vein thrombosis of the lower extremities, as well as in the dynamics of monitoring the process of recanalization of the affected veins in the long-term period, has been established. Proven significant changes in plasma hemostasis on the background of dual anticoagulant therapy. It has been established that in congenital thrombophilias with a deficiency of the membrane protein integrin alpha 2 (ITGA2) and integrin b-3 (ITGB3) against the background of anticoagulant therapy, there is no persistent hypocoagulation with an increase in activated partial thromboplastin time and international normalized ratio. The complex conservative therapy of acute deep vein thrombosis of the lower extremities was optimized by the combined use of two new generation anticoagulants, fibrinolytic therapy, endothelial dysfunction correctors and paravasal administration of the drug mixture. It has been established that at different times after the transfer of deep vein thrombosis of the lower extremities, significant violations of the quality-of-life indicators of patients are observed, due to impaired venous outflow from the lower extremities due to chronic vascular occlusion. The high efficiency of the proposed tactics was proved, which made it possible to significantly reduce the frequency of serious and severe violations of various parameters of the quality of life - from 40.6% to 9.3%.

Recommendation for use. The practical application of the results of the study will help improve the organizational issues of providing qualified care to patients with acute deep vein thrombosis, increase the knowledge of practitioners on the tactics of treating patients with this pathology, as well as a significant decrease in occlusive forms of post-thrombotic disease.

Scope of use: Cardiovascular surgery, Surgery, Traumatology and orthopedics.