

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

УДК 616.147.3-007.64-089

На правах рукописи

СОЛИЕВ ОЛИМЖОН ФАТТОВЕВИЧ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ВЫБОР
ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

АВТОРЕФЕРАТ

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

Душанбе – 2023

Диссертация 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, заместитель директора ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» по науке; профессор кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Муминзода Бободжон Гаффор** – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

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 Государственное учреждение «Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН Республики Таджикистан

Ведущее учреждение: Бухарский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сина, г. Бухара, Республика Узбекистан

Защита состоится « ____ » _____ 2023 г. в « ____ » часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-060 при ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, www.mjjdr.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. Ньматзода

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Варикозная болезнь (ВБ) имеет чрезвычайно широкое распространение и встречается у 15%-72,8% взрослого населения, чаще среди лиц женского пола и молодого возраста, в последние годы отмечается растущая тенденция её омоложения [Золотухин И.А. и др., 2016; Янушко В.А. и др., 2016; Elamrawy S. et al., 2021; Fedor T. et al., 2019; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. В связи с незначительными клиническими проявлениями ВБ большинство пациентов обращаются за лечением в поздние сроки заболевания или в случаях развития осложнений, что негативно отражается на результатах терапии и качестве их жизни [Гаибов А.Д. и др., 2016; Киреева Т.И., 2020; Carpentier P.H. et al., 2014].

В последние три десятилетия в связи с изменением образа жизни населения в большинстве регионов мира проводятся регулярные эпидемиологические исследования, направленные на обеспечение лучшего понимания причин и факторов риска развития ВБ, а также динамики заболеваемости населения этой патологией [Kirsten N. et al., 2021; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. К сожалению, полноценное изучение эпидемиологии ВБ в Республике Таджикистан не проведено как из-за отдаленности ряда населенных пунктов и расположения их в горной местности, так и из-за отсутствия национального регистра сосудистых заболеваний, высокой трудовой миграцией населения, сложностью анализа условий труда, низкой медицинской активностью населения и многими другими факторами [Гаибов А.Д. и др., 2020; Неъматзода О. и др., 2022]. В связи с этим определение распространённости ВБ, скрининг факторов риска (ФР) её развития в условиях нашего региона считаются актуальными и позволяют не только оценить экономическую нагрузку на систему здравоохранения, но и предупредить развитие или прогрессирование заболевания, а также запланировать подготовку специалистов для оказания специализированной медицинской помощи в регионарных лечебных учреждениях.

Следует отметить, что важным аспектом в решении проблемы ВБ, помимо изучения ФР и своевременной диагностики, также является тактика дальнейшего ведения этих больных [Рыжкова Д.С., 2022; Alwahbi A., 2020; Matic M. et al., 2019]. Ввиду недостаточной медицинской осведомленности населения легкие формы ВБ не являются поводом для обращения к врачам, тем более для лечения из-за отсутствия болевой симптоматики [Гаибов А.Д. и др., 2020; Иноятов М.С., 2013; Калмыков Е.Л. и др., 2013; Неъматзода О. и др., 2022]. По этой причине многие больные, особенно из сельской местности, не получают своевременного лечения, что способствует переходу начальных форм ВБ в более тяжелые её стадии с развитием трофических нарушений [Гаибов А.Д. и др., 2016]. Кроме того, за последние годы число пациентов, которым требуется оперативное лечение ВБ, значительно увеличилось, нередко выполняются повторные оперативные вмешательства вследствие допущения тактических и технических ошибок при первичном лечении пациентов в условиях неспециализированных отделений [Гаибов А.Д. и др., 2020].

В связи с этим оптимизация диагностики и оказания специализированной флебологической помощи пациентам с ВБ с учетом стадии заболевания, патогенетического механизма её развития и использования инновационных технологий является актуальным и может улучшить результаты лечения [Cires-Drouet R.S. et al, 2020; Laukkavirta M. et al., 2020]. К сожалению, в нашей республике доля малоинвазивных

операций пока невелика [Гаибов А.Д. и др., 2019; Инояттов М.С., 2013; Неъматзода О. и др., 2020], отдаленные результаты применения подобных технологий практически не изучены. В связи с вышеизложенным, исследования, направленные на изучение эпидемиологии, ФР развития и оптимизации лечения ВБ с применением новых технологий, являются актуальными и послужили основанием для проведения настоящего исследования.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Несмотря на достижения современной сосудистой хирургии, многие аспекты патогенеза и выбора метода лечения ВБ требуют дальнейшего изучения [Головина В.И. и др., 2021; Шевченко Ю.Л. и др., 2011]. Прежде всего из-за довольно широкого распространения ВБ среди населения, а также динамического изменения образа жизни человека имеется необходимость в проведении регулярных скрининговых мероприятий с целью более точной и своевременной эпидемиологической оценки и разработки путей профилактики и снижения заболеваемости ВБ [Kirsten N. et al., 2021; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. Однако в Республике Таджикистан подобные исследования ранее не были проведены, остается неизвестной точная распространенность ВБ среди взрослого населения, требует уточнения роль ФР развития ВБ среди отечественной когорты пациентов.

Разработка и внедрение новейших методов лечения ВБ не оправдали надежды ни специалистов, ни больных, так как до настоящего времени частота рецидива заболевания остается очень высокой и достигает 43,2% [Гаибов А.Д. и др., 2020; Покровский А.В. и др., 2015; Хрыщанович В.Я. и др., 2020]. Также требуют уточнения показания к применению различных стратегий и способов хирургического лечения в зависимости от степени варикозного расширения подкожных вен и наличия осложненных форм заболевания [Фокин А.А. и др., 2022; Шиманко А.И. и др., 2022; Nyamekye I.K., 2022; Resek S., 2022]. В связи с этим проведение научных исследований, направленных на изучение распространенности ВБ среди населения, выявление ФР её развития и разработка тактики лечения имеют важное научно-практическое значение и будут способствовать улучшению оказания квалифицированной медицинской помощи этой категории пациентов.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках реализации инициативной темы кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»: «Современные технологии в лечение хронической венозной недостаточности» и Национальной программы «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» (Постановление Правительства РТ № 676 от 03.12.2012 г.).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Изучить распространённость и структуру варикозной болезни среди населения Республики Таджикистан на примере двух пилотных районах и оптимизировать тактику лечения в зависимости от стадии заболевания.

Задачи исследования:

1. Изучить распространённость и частоту встречаемости различных стадий варикозной болезни среди населения Республики Таджикистан на примере двух пилотных районов.

2. Определить частоту и характеристику факторов риска развития варикозной болезни среди населения двух пилотных районов Республики Таджикистан.

3. Выработать тактику лечения варикозной болезни в зависимости от стадии и формы заболевания.

4. Внедрить и оценить эффективность миниинвазивных методов лечения варикозной болезни.

Объект исследования. Объектом исследования диссертационной работы явились 3084 жителей районов Дусти и Джалолиддина Балхи Хатлонской области Республики Таджикистан, среди которых проводился скрининг ВБ и факторов её риска, а также 197 пациентов, которым проведены различные варианты лечения указанной патологии.

Предмет исследования. Предметом исследования явилось изучение распространенности различных форм ВБ среди населения двух районов, уточнение ФР её развития среди обследованной когорты, изучение особенностей клинических проявлений заболевания, оптимизация лечебной тактики в зависимости от стадии заболевания, внедрение новых минимально инвазивных способов и изучение их эффективности в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Научная новизна исследования

Впервые в Республике Таджикистан определена общая распространенность варикозной болезни, её различные стадии и осложнённые формы среди общего населения на примере двух пилотных районов.

Доказана ведущая роль наследственной предрасположенности, тяжелого физического труда (регулярное поднятие тяжестей, полевые работы), длительной сидячей или стоячей работы, высокого паритета родов, избыточной массы тела и ожирения и их сочетания в различных комбинациях, как значимых факторов риска развития варикозной болезни среди отечественной когорты пациентов.

В зависимости от формы и стадии варикозной болезни выработана тактика лечения, предусматривающая не только лечение самой патологии, но и профилактику рецидива заболевания, а также устранение корригируемых факторов риска. С целью профилактики повреждения кожного нерва в области медиальной лодыжки при эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) предложен способ выделения ствола большой подкожной вены (Патент на изобретение № ТЈ 1326 от 06.12.2022 г.).

Впервые в условиях специализированного отделения республиканского значения внедрены миниинвазивные методы (эндовенозная лазерная облитерация, минифлебэктомия, пенная склеротерапия) лечения варикозной болезни и изучена их эффективность, позволившие значимо снизить продолжительность госпитализации, частоту послеоперационных осложнений, а также улучшить косметическую эффективность проводимого лечения, положительно влияющие на качество жизни пациентов.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретической основой настоящего исследования послужили ранее проведенные научно-практические работы отечественных и зарубежных авторов по проблемам эпидемиологии, ФР, профилактики, а также своевременного лечения ВБ и хронической венозной недостаточности (ХВН). Полученные эпидемиологические

данные в ходе настоящего исследования являются первыми в этой области и могут выступить в качестве теоретической основы для проведения последующих научно-исследовательских работ. Также выявленные закономерности распространенности ВБ среди отечественной когорты пациентов позволяют усовершенствовать способы оказания специализированной помощи населению, оптимизировать деятельность лечебных учреждений и подготовку специалистов для регионарных медицинских учреждений.

Результаты исследования будут способствовать широкомасштабному проведению коррекции модифицируемых ФР ВБ с целью профилактики развития или прогрессирования обсуждаемой патологии.

На основании данных проведенного исследования разработан алгоритм диагностики больных варикозным расширением вен нижних конечностей, основные принципы ведения больных с данной патологией, а также усовершенствованы показания к применению отдельных методов лечения.

Внедрение миниинвазивных методов лечения ВБ имеет несомненно важное практическое значение, так как, по полученным результатам больше половины пациентов страдали начальными формами обсуждаемой патологии, которым показано самое доступное экономически приемлемое лечение – склеротерапия.

Положения, выносимые на защиту:

1. Распространенность различных форм варикозной болезни среди населения нашего региона на примере двух пилотных районов составляет 47,6% со значимым превалированием доли телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза (59,6%). Варикозная трансформация магистральных подкожных вен с хронической венозной недостаточностью и трофическими нарушениями выявляется у 12,4% населения, зажившие или активные венозные язвы – у 0,6%. Встречаемость ВБ у мужчин среди общей и мужской части популяции составляет 9,1% и 38,5% соответственно, у женщин – 38,6% и 50,5% соответственно ($p < 0,001$).

2. Значимыми факторами риска ВБ среди отечественной когорты пациентов являются наследственная предрасположенность (ОШ 2,322; 95% ДИ: 1,247-3,421), беременность и количество родов (ОШ 3,041; 95% ДИ: 1,033-4,051), избыточная масса тела (ОШ 1,338; 95% ДИ: 0,838-2,481), регулярные статические нагрузки (ОШ 11,262; 95% ДИ: 7,452-17,019), длительная стоячая или сидячая работа (ОШ 3,627; 95% ДИ: 1,464-4,848), возраст старше 18 лет (ОШ 1,506 (95% ДИ: 0,839-2,702) и сочетание нескольких факторов (ОШ 8,096; 95% ДИ: 6,072-12,129).

3. При изучении структуры варикозной болезни выявлено, что более половине (59,5%) больных (С1, С2 классов) была показана только миниинвазивная технология лечения, а остальным – сочетание традиционных и миниинвазивных способов флебэктомии. При хирургическом лечении пациентов кроме ликвидации вертикального патологического рефлюкса по подкожным венам, обязательным является ликвидация недостаточных перфорантных вен, а также удаления варикозно изменённых аберрантных вен с использованием технологий минифлебэктомии.

4. Широкое применение миниинвазивной технологии по индивидуальным показаниям позволяет снизить степень послеоперационного болевого синдрома, уменьшить число повреждения кожного нерва и раневых осложнений, сократить

сроки пребывания пациентов в стационаре и их послеоперационную реабилитацию, тем самым снизив финансовых затрат на лечение варикозной болезни.

Степень достоверности результатов. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации аргументированы, отражают суть работы, вытекают из фактического материала и использованных высокоинформативных методов исследования. Для решения поставленных задач обследованы 3084 человек на предмет выявления ВБ и факторов её риска. Наряду с общеклиническими методами исследования 197 пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.26-Сердечно-сосудистая хирургия.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследование. Автором на основании критического анализа современной литературы написан литературный обзор по теме диссертации, где выявлены наиболее актуальные и нерешенные вопросы, касающиеся эпидемиологии, ФР и лечения ВБ, на основании которых были сформулированы цель и задачи исследования.

Диссертант принимал непосредственное участие в обследовании и лечении пациентов, полном сборе клинического материала и статистической его обработке. Автор также активно участвовал в проведении скрининга ВБ среди населения двух районах. Он лично курировал пациентов, участвовал во внедрении миниинвазивных оперативных вмешательств, а также регулярно докладывал полученные результаты на различных научных форумах.

Непосредственные и отдаленные результаты проведенных оперативных вмешательств, а также склеротерапии автором были изучены лично. На основании полученных данных диссертантом были написаны главы диссертационной работы, а также опубликованы научные статьи в рецензируемых научных журналах. Автором усовершенствован доступ для мобилизации ствола большой подкожной вены при эндовазальной лазерной облитерации.

Внедрение и практическое применение результатов диссертации. Основные научные результаты исследования в настоящее время внедрены в практику отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии. Кроме того, внедрены в программу лекций и практических занятий на кафедре хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» для студентов 5-го и 6-го курсов по теме: «Варикозное расширение вен и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей», а также при проведении семинарских занятий с клиническими ординаторами хирургического профиля.

Основные положения диссертации доложены на: XXIII, XXIV и XXV Всероссийских съездах сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва, 26-29 ноября 2017 г.; г. Москва, 25-28 ноября 2018 г.; г. Москва, 10-13 ноября 2019 г.); XXXIV международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (г. Ярославль, 13-15 сентября 2018 г.); 12-ом Санкт-Петербургском Венозном форуме (г. Санкт-Петербург, 28-30 ноября 2019 г.); конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств (г. Душанбе, 26-27

апреля 2019 г.); 65-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (г. Душанбе, 23-24 ноября 2017 г.); XV годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (г. Душанбе, 24 апреля 2020 г.); международной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (г. Душанбе, 26 сентября 2020 г.). Диссертационная работа обсуждена на заседании межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по хирургическим дисциплинам (г. Душанбе, протокол №10 от 06.05.2022 г.).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 15 научных работ, из них 6 в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан. Получен патент Республики Таджикистан № ТД 1326 от 06.12.2022 г. на разработку способа хирургического доступа к стволу большой подкожной вены при эндовазальной лазерной облитерации.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 140 страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы, включающего 132 источник (из них 58 на русском и 74 зарубежных). Работа содержит 12 таблиц и 51 рисунок.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

С целью решения первой и второй задач настоящего исследования обследованы 3084 человека из числа постоянных жителей районов Дусти (376 мужчин и 1145 женщин) и Джалолиддина Балхи (352 мужчины и 1211 женщин) Хатлонской области на предмет наличия ВБ и факторов её риска. Среди обследованных мужчин было 728 (23,6%), женщин – 2356 (76,4%), соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Возраст обследованной когорты, подвергшейся скринингу, варьировал от 11 до 83 лет, средний возраст составил 41 ± 13 лет (рисунок 1).

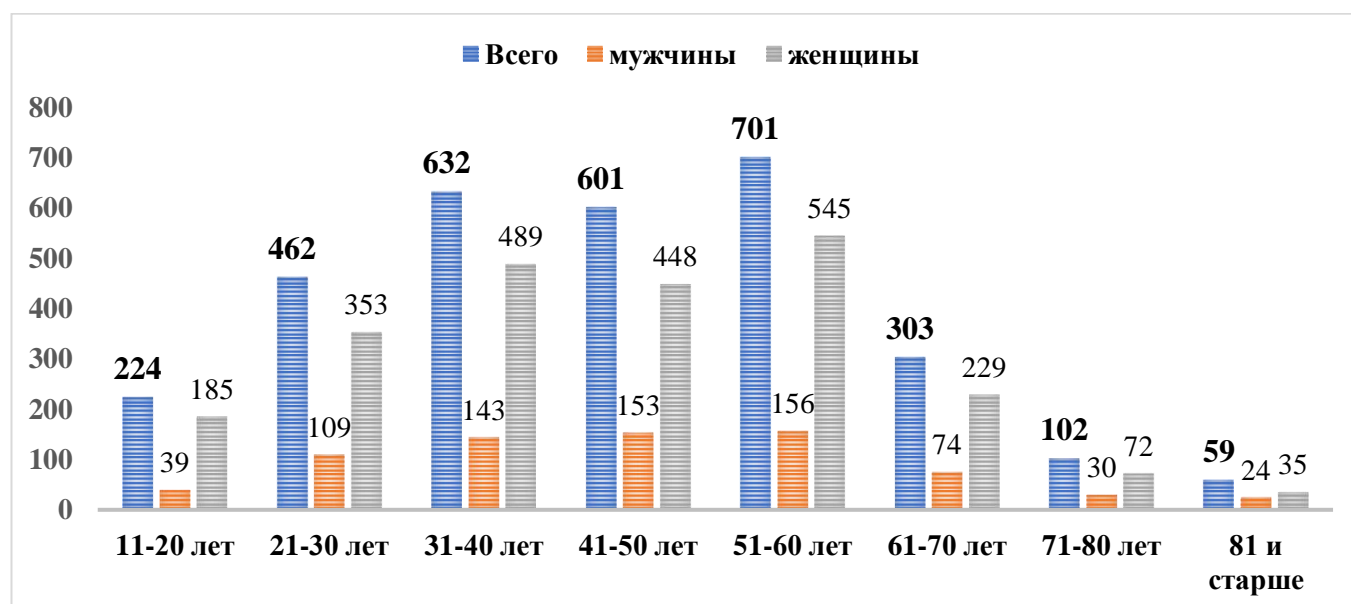


Рисунок 1. - Распределение респондентов в зависимости от пола и возраста

В качестве объекта для решения остальных задач диссертации служили 197 пациентов из числа обследованной когорты, которым в последующем были проведены склеротерапия или оперативное лечение ВБ.

Скрининг ВБ и ФР проводился по составленной нами схеме совместно с сотрудниками кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” и врачами - хирургами центральных больниц указанных районов, без предварительной рандомизации населения. Исследование включало ангиологический осмотр респондентов, сбор жалоб и анамнеза заболевания, детальное изучение и выявление всех возможных ФР развития ВБ, а также ультразвуковую доплерографию.

Всеми участникам проведенного исследования заполнялась анкета, которая содержала вопросы, позволяющие установить клинические особенности патологии, а также структуру и характер ФР. В конце обследования всем пациентам с ВБ были даны соответствующие лечебно-профилактические рекомендации.

Для выявления значимости ФР и оценки их влияния на развитие обсуждаемой патологии все 3084 обследованные лица были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 1469 (47,5%) человек (280 мужчин и 1189 женщин), у которых были выявлены клинические признаки ВБ. В контрольную группу были включены 1499 (52,5%) обследованных лиц (448 мужчин и 1167 женщин), у которых признаки ХЗВ и ВБ отсутствовали.

При обследовании больных были учтены следующие ФР: наследственная предрасположенность, пол, беременность и роды, избыточная масса тела, регулярная тяжелая физическая работа с поднятием тяжестей, длительные полевые работы, стоячая или сидячая работа. Особое значение имело сочетание нескольких ФР у одного человека. Другим показателем для изучения являлась профессия всех обследованных лиц.

Демографическая характеристика 197 пациентов с ВБ, которым проведены склеротерапия или оперативные вмешательства, представлена в таблице 1.

Таблица 1. – Характеристика пациентов с варикозной болезнью, получивших лечение

Показатель	Метод лечения			p
	склеротерапия (n=95)	традиционная флебэктомия (n=52)	ЭВЛО с мини- флебэктомией (n=50)	
Мужчины	24 (25,3%)	13 (25%)	12 (24%)	>0,05
Женщины	71 (74,7%)	39 (75%)	38 (76%)	>0,05
Средний возраст	32,4±5,6	38,7±4,9	39,1±5,3	>0,05*
Односторонне поражение:	11 (11,6%)	10 (19,2%)	9 (18,0%)	>0,05
- справа	6 (6,3%)	3 (5,8%)	3 (6,0%)	>0,05
- слева	5 (5,3%)	7 (13,4%)	6 (12,0%)	>0,05
Двухстороннее поражение	84 (88,4%)	42 (80,8%)	41 (82,0%)	>0,05
Индекс массы тела	24,2±2,4	24,1±2,3	24,3±2,5	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию Q-критерию Кохрена, *по H-критерию Крускала-Уоллиса)

Для оценки маллеолярного объема голени нами была применена методика легометрии с использованием стандартной сантиметровой ленты и определение окружности нижней трети голени над лодыжками. Целью её проведения явилось определение наличия отека и динамика его изменения после лечения.

Также проводилась оценка характера объективных и субъективных симптомов ВБ, а также ранее полученное лечение. Определение признаков ВБ при проведении скрининга ВБ осуществлялось однократно, у пациентов, подвергшихся лечению, - двукратно, до и после проведенного соответствующего лечения.

Для определения состояния венозной системы нижних конечностей, клапанов подкожных, глубоких и перфорантных вен, кроме функциональных проб (проба Броди-Троянова-Трендленбурга, проба Барроу-Купера-Шейниса), 197 больным проведено дуплексное сканирование при помощи диагностической системы «Mindray DC-3», снабженной конвексными линейными датчиками 2,5-7,5 МГц.

Оценка степени болевых ощущений после операции проведена всем 102 пациентам с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Также после оперативных вмешательств проводили определение площади парестезии кожи медиальной лодыжки и голени с помощью палетки и динамику её регресса в различные периоды госпитализации и диспансеризации пациентов.

В зависимости от динамики изменения площади парестезии определилась дальнейшая тактика – динамическое наблюдение или же консервативное лечение и физиотерапия.

Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью программы SPSS 21.0. Количественные величины представлены в виде их среднего значения и стандартной ошибки. Качественные показатели представлены в виде абсолютных и относительных величин. Статистические сравнения между двумя независимыми группами по количественным показателям проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни, множественные – по H-критерию Крускала-Уоллиса. Дисперсионный анализ относительных величин (качественных показателей) проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона, включая поправку Йетса и точный критерий Фишера. Влияние факторов риска на развитие ВБ и ХЗВ определяли по отношению шансов (ОШ) с указанием медианы и 95% доверительного интервала (ДИ). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эпидемиология ВБ. Среди 3084 обследованных лиц различные нозологические формы ХЗВ были выявлены у 1585 (51,4%), из которых на долю ВБ приходилось 1469 (47,6%) случаев. Другие формы ХЗВ (посттромботическая болезнь, функциональные флебопатии и флебодисплазии) нижних конечностей имели место у 116 (3,8%) обследованных.

Различные классы ВБ имелись у 280 (38,5%) мужчин и 1189 (50,5%) женщин ($p < 0,001$). Соотношение мужчин и женщин составило 1:4,25. Встречаемость ВБ у мужчин среди общей и мужской части популяции составила 9,1% и 38,5% соответственно, у женщин – 38,6% и 50,5% соответственно ($p < 0,001$).

Наиболее часто у обследованной когорты выявлены ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии ($n=876$; 59,6%), в том числе у 137 (48,9%) мужчин и 739 (62,2%)

женщин ($p < 0,001$). На долю С2-С6 классов ВБ среди всех пациентов приходилось 40,4% наблюдений, в том числе декомпенсированные формы заболевания с явлениями индукции, зажившей или активной язвой встречались у 4,9% обследованных. Следует отметить, что встречаемость второго класса заболевания не имела значимого различия по полу и имела у 25,7% мужчин и 26,0% женщин ($p > 0,05$). С увеличением степени тяжести ВБ и присоединением признаков ХВН чаще патология диагностировалась среди лиц мужского пола. Так, третий класс патологии, характеризующийся наряду с расширением подкожных вен также отёком нижней конечности, выявлен у 139 (4,5%) обследованных и в 1,5 раза чаще имелся у мужчин ($n=38$; 13,6%), по сравнению с женщинами ($n=101$; 8,5%) ($p < 0,001$).

Варикозная трансформация подкожных вен нижних конечностей с явлениями индукции и гиперпигментации голени составила 3,1% среди всех форм обсуждаемой патологии. Следует отметить, что указанная форма ВБ в 2,2 раза чаще была выявлена у мужчин, по сравнению с женщинами – 5,4% и 2,5% соответственно ($p < 0,05$) (таблица 2).

Таблица 2. - Характеристика выявленных форм варикозной болезни

Стадия ВБ	Всего (n=1469)		Мужчины (n=280)		Женщины (n=1189)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ретикулярный варикоз, телеангиэктазии (С1)	876	59,6	137	48,9	739	62,2	<0,001
Варикозное расширение магистральных подкожных вен и их притоков, в том числе:	593	40,4	143	51,1	450	37,8	<0,001
С2	381	25,9	72	25,7	309	26,0	>0,05
С3	139	9,5	38	13,6	101	8,5	<0,05
С4	45	3,1	15	5,4	30	2,5	<0,05
С5	19	1,3	11	3,9	8	0,7	<0,001
С6	9	0,6	7	2,5	2	0,2	<0,001
Всего	1469	100	280	19,1	1189	80,9	

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

Активная ($n=19$) или зажившая ($n=9$) венозная трофическая язва была выявлена у 28 (0,91%) человек, что составило 1,9% среди пациентов с ВБ. Трофические язвы также чаще диагностированы у мужчин, по сравнению с женщинами - 18 (6,4%) и 10 (0,84%) случаев соответственно ($p < 0,001$).

Анализ распределения пациентов с различными классами ВБ по полу, возрасту и степени клинических проявлений по классификации СЕАР показало, что все указанные факторы имели взаимную ассоциацию. Так, наиболее часто патология встречалась в возрастной группе 31-40 и 41-50 лет и среди них преобладали лица женского пола. С увеличением возраста респондентов отмечалось снижение выявляемости ВБ. Однако у лиц старшей возрастной группы чаще выявлены тяжелые степени заболевания – С4-С6 классы ХВН, почти одинаково у обоих полов (таблица 3).

Таблица 3. - Распределение пациентов с варикозной болезнью по полу, возрасту и стадии клинических проявлений по классификации СЕАР и в популяции

Возраст всей когорты (лет)	Пол (абс. число)	Клинический класс варикозной болезни по классификации СЕАР (абс. число)						От числа мужчин или женщин указанного возраста		От числа общей популяции указанного возраста	
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	n	%	n	%
11-20 (n=224)	мужчины (n=39)	7	6	2	1	0	0	16	41,03	62	27,68
	женщины (n=185)	20	20	5	1	0	0	46	24,9		
21-30 (n=462)	мужчины (n=109)	15	9	6	1	1	1	33	30,3	212	45,9
	женщины (n=353)	124	39	14	1	1	0	179	50,7		
31-40 (n=632)	мужчины (n=143)	45	18	12	3	2	2	82	57,3	526	83,23
	женщины (n=489)	282	118	32	8	3	1	444	90,8		
41-50 (n=601)	мужчины (n=153)	33	20	8	5	4	2	72	47,1	419	69,72
	женщины (n=448)	209	91	33	12	2	0	347	77,5		
51-60 (n=701)	мужчины (n=153)	24	12	6	3	3	1	49	32,03	183	26,1
	женщины (n=545)	82	32	13	5	1	1	134	24,6		
61-70 (n=303)	мужчины (n=74)	6	7	4	2	1	1	21	28,4	51	16,8
	женщины (n=229)	13	9	4	3	1	0	30	13,1		
71 и старше (n=161)	мужчины (n=54)	7	0	0	0	0	0	7	12,9	16	9,93
	женщины (n=107)	9	0	0	0	0	0	9	8,4		
Всего (n=3084)	мужчины (n=728)	137	72	38	15	11	7	280	38,46	1469	47,6*
	женщины (n=2356)	739	309	101	30	8	2	1189	50,47		

Примечание: * $p < 0,01$ – статистическая значимость различия показателей между всеми возрастными группами (по Q-критерию Кохрена)

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что среди общей популяции двух районов наиболее часто встречались начальные формы ВБ, чаще всего у лиц женского пола, не требующих проведения оперативных вмешательств. Вместе с тем, каждый сотый человек страдал тяжелой формой ВБ с активной или зажившей язвой, особенно лица мужского пола и старшего возраста.

Факторы риска ВБ. Одной из значимых составляющих при проведении настоящего исследования явилось определение ФР развития ВБ и на их основании -

разработка путей профилактики заболевания. Характер и частота встречаемости ФР среди лиц с ВБ и без ХЗВ представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Характер и частота встречаемости факторов риска варикозной болезни (n=2968)

Фактор риска	Когорта с ВБ (n=1469)			Когорта без ХЗВ (n=1499)		
	мужчины (n=280)	женщины (n=1189)	ОШ (95% ДИ)	мужчины (n=412)	женщины (n=1087)	ОШ (95% ДИ)
Наследственность	115 (41,1%)	813 (68,4%)	2,3 (1,3-3,4)	21 (5,1%)	72 (6,6%)	0,3 (0,5-1,3)
Две и более беременностей и родов	-	938 (78,9%)	3,1 (1,0-4,1)	-	309 (28,4%)	0,4 (0,3-0,5)
Избыточная масса тела	41 (14,6%)	400 (33,6%)	1,3 (0,8-2,5)	15 (3,6%)	89 (8,2%)	0,4 (0,2-0,7)
Условия труда:						
длительная стоячая или сидячая работа	66 (23,6%)	392 (32,9%)	3,6 (1,5-4,9)	40 (9,7%)	142 (13,1%)	0,7 (0,5-1,0)
регулярные статические нагрузки	253 (90,4%)	540 (45,4%)	11,3 (7,5-17,0)	194 (47,1%)	400 (36,8%)	1,5 (1,2-1,9)
Возраст:						
до 17 лет	16 (5,7%)	46 (3,9%)	1,5	26 (6,3%)	97 (8,9%)	0,7
18 лет и старше	264 (94,3%)	1143 (96,1%)	(0,8-2,7)	386 (93,7%)	990 (91,1%)	(0,4-1,1)
Один фактор	152 (54,3%)	450 (37,9%)	4,5 (3,4-5,9)	165 (40,1%)	338 (31,1%)	1,5 (0,1-1,9)
Сочетание двух и более факторов	94 (33,6%)	739 (62,2%)	8,1 (6,1-12,1)	70 (16,9%)	299 (27,5%)	0,5 (0,4-0,7)

Примечание: ОШ – отношение шансов, 95% ДИ (95% доверительный интервал), * при сравнении между женщинами с одной беременностью и двумя и более беременностями

Наиболее значимым ФР ВБ явилась наследственная предрасположенность (ОШ 2,322; 95% ДИ: 1,247-3,421), что предполагало наличие обсуждаемой патологии у родителей и/или у близких родственников, и имела у 115 (41,1%) мужчин и 813 (68,4%) женщин.

Беременность и количество родов (две и более) явились вторым по значимости ФР (ОШ 3,041; 95% ДИ: 1,033-4,051), которые имелись в анамнезе у 938 (73,9%) женщин с ВБ. Необходимо отметить, что легкие формы ВБ появлялись в конце первой беременности, клинически значимое варикозное расширение подкожных вен появилось уже при второй беременности и начало прогрессировать на фоне последующих беременностей.

Роль избыточной массы тела, особенно ожирение II и III степеней, уже доказано, как ФР ВБ, что было подтверждено и в нашем исследовании среди отечественной когорты пациентов (ОШ 1,338; 95%ДИ: 0,838-2,481).

Другим, не менее значимым ФР ВБ, являлся характер физического труда - регулярные статические нагрузки (ОШ 11,262; 95% ДИ: 7,452-17,019) и длительная стоячая или сидячая работа (ОШ 3,627; 95% ДИ: 1,464-4,848), которые были выявлены у 23,6% и 90,4% и 32,9% и 45,4% лиц мужского и женского пола соответственно.

Возраст также явился одним из значимых ФР ВБ. Так, среди респондентов с ВБ в возрасте до 18 лет были 62 (4,22%) человека, старше 18 лет - 1407 (95,78%) человек, у когорты без ВБ - у 123 (8,2%) и 1376 (91,8%) человек соответственно ($p > 0,05$). Отношение шансов возраста 18 лет и старше в развитие ВБ составило 1,506 (95% ДИ: 0,839-2,702).

Исследование показало, что сочетание нескольких ФР значимо повышало риск развития ВБ (ОШ 8,096; 95% ДИ: 6,072-12,129), по сравнению с одним фактором (ОШ 4,460; 95% ДИ: 3,393-5,863).

При изучении характера профессии обследованных и его влияния на развитие ВБ выявлено, что большинство из них ($n=481$; 32,7%) явились сельскохозяйственными тружениками. На втором месте по численности были работники медицинской службы ($n=444$; 30,2%), далее - домохозяйки ($n=389$; 26,5%), учителя ($n=85$; 5,8%), швеи ($n=35$; 2,4%) и лица других профессий ($n=35$; 2,4%).

Среди когорты без ХЗВ наследственная предрасположенность имела у 93 (6,2%) лиц. Число женщин детородного возраста составило 990 из 1087 лиц, из них у 16% была одна беременность или роды, у 31,2 % (309 исследуемых) выявлено 2 и более родов и беременности. Вместе с тем, среди этой группы обследованных сочетание двух ФР имело в 24,6% случаев, в связи с чем оно не оказало значимого влияния на развитие ВБ (ОШ 0,533; 95% ДИ: 0,399-0,712).

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что 47,6% обследованных из числа общего населения двух районов страдали различными стадиями ВБ, в генезе которой значимое влияние имели наследственная предрасположенность, беременность и роды, избыточная масса тела, регулярное выполнение тяжелой физической нагрузки и длительная сидячая или стоячая работа, возраст, а также одномоментное сочетание указанных факторов.

Субъективные симптомы и особенности клинических проявлений ВБ. Опрос и обследование пациентов с ВБ показали, что в большинстве случаев расширение подкожных вен воспринималось как косметический дефект нижних конечностей, особенно лицами с неосложненной формой заболевания. Однако у части обследованных было выявлено хотя бы одно из субъективных проявлений ВБ. Одним из наиболее часто встречаемых симптомов явилась тяжесть в ногах, которая имела у 376 (25,6%) человек и значительно чаще встречалась у мужчин (49,6%), по сравнению с женщинами (19,9%) ($p < 0,001$).

Другим распространенным субъективным симптомом ВБ явилось чувство утомляемости конечностей, особенно в вечернее время, на которое жаловался 321 (21,9%) человек – 38,2% мужчин и 17,9% женщин ($p < 0,001$). Интересным является тот факт, что хотя 223 (15,2%) респондента из числа всей когорты с ВБ имели различную степень болевого синдрома, они не обращали на неё особого внимания, либо самостоятельно принимали различные обезболивающие средства, либо использовали местное втирание различных мазей. Болевой синдром в нижних конечностях более чем в 2 раза чаще встречался среди лиц мужского пола, по сравнению с женским, и имелся у 28,9% и 11,9% соответственно ($p < 0,001$).

Отеки стоп и/или голени имели место у 212 (14,4%) больных из числа когорты с ВБ и более треть из них ($n=73$; 34,4%) наряду с данным симптомом также имели

трофические нарушения по типу индукции подкожной клетчатки (n=45), зажившей (n=19) или активной (n=9) язвы.

Меньше всего пациентов беспокоили парестезии и зуд/жжение кожи голени - 19 (1,3%) и 38 (2,6%) человек соответственно. Частота встречаемости указанных субъективных симптомов не имела значимого различия по полу и во всех наблюдениях встречались при наличии венозных трофических язв.

Клинические проявления ВБ носили различный характер и зависели от стадии патологии. Так, телеангиэктазии характеризовались расширением внутрикожных вен менее 1 мм в калибре, ретикулярные вены – расширением подкожных вен от 1 мм до 3 мм в диаметре. Больные из данной группы жаловались кроме косметического дефекта на боли, тяжесть и быструю утомляемость нижних конечностей.

Больных с С2 классом среди обследованных лиц было 382 (26,0%) человека, в том числе 72 (25,7%) мужчины и 309 (26,0%) женщин. Расширение подкожных вен в бассейне БПВ отмечено у 330 (86,4%) человек, МПВ – у 30 (7,9%). У этих больных определялось расширение ствола БПВ или МПВ у места соустья с бедренной или подколенной венами с патологическим сафено-фemorальным или сафено-поплитеальным рефлюксом.

Третий класс ВБ с ХВН был выявлен у 139 (9,5%) обследованных. Расширение вен бассейна БПВ отмечено у абсолютного большинства пациентов – 117 (84,2%) человек, бассейна МПВ – у 22 (15,8%) и сочетанная их встречаемость имела у 16 (11,5%) больных. У данной категории больных кроме варикозно расширенных вен ещё имелись и преходящие отёки, чаще всего в области лодыжек. Этим больным, кроме хирургических методик также было назначено консервативное лечение (флеботоники, улучшающие лимфодренаж и др.).

Больных с С4 классом ВБ по СЕАР было 45 лиц - 3,1% среди всех больных с ВБ, включенных в исследование. Трофические изменения чаще всего локализовались на медиальной поверхности средней и нижней третях голени. У более половины пациентов из этой группы (n=28; 62,2%) расширенные вены относились к системе БПВ, у 7 (15,6%) – к системе МПВ и в 10 (22,2%) наблюдениях - к системе обеих подкожных вен.

При дуплексном сканировании в данной группе пациентов во всех случаях выявлялся рефлюкс по подкожным венам с клапанной недостаточностью и расширение притоковых вен в области трофически измененного участка кожи. Кроме того, всегда имелись расширенные (более 2 мм) перфорантные вены на медиальной стороне нижней и средней третях голени. Рекомендациями для данной группы являлись хирургические методы в сочетании с консервативным лечением.

Больных с классами С5 и С6 ВБ среди обследованных оказалось 29 (2,0%) человек. Здесь частота у мужчин превалировала над встречаемостью у женщин. Причинами позднего обращения пациентов этой группы являлись недостаточная их информированность о существовании современных методов лечения данной патологии, неудовлетворительность проведенных методов лечения по месту жительства, низкая медицинская диагностика патологии, а также самолечение пациентов. Больным с этим классом ВБ также было рекомендовано соответствующее лечение - сложные операции, включающие в себя комбинированную флебэктомию,

резекцию задней большеберцовой вены, диссекцию медиальных групп перфорантов по Савельеву-Константиновой.

Выбор метода лечения ВБ и их результаты. Тактика лечения пациентов с ВБ зависела от стадии патологии и наличия осложнений. Из 1469 лиц с ВБ в последующем лечение получили 197 человек, из них 95 проведена склеротерапия, 102 – оперативное лечение.

Среди 95 пациентов, которым проведена склеротерапия, женщин было 71 (74,7%), мужчин – 24 (25,3%), средний возраст их составил $32,4 \pm 5,6$ года. Нами были применены две методики склеротерапии – с использованием жидкой (n=45) и пенной (n=50) формы склерозанта. Обе группы по полу (25% мужчин и 75% женщин и 24% мужчин и 76% женщин соответственно; $p > 0,05$), возрасту ($32,3 \pm 5,4$ и $32,7 \pm 6,1$ лет соответственно; $p > 0,05$) и индексу массы тела ($24,1 \pm 2,3$ и $24,3 \pm 2,5$ кг/м² соответственно; $p > 0,05$) не имели значимых различий ($p > 0,05$).

В качестве склерозантов были использованы 0,5–3% раствор натрия тетрадецилсульфата («Фибровейн»[®]) (Код АТХ: С05ВВ04) (n=49) или 1-3% раствор полидоканола («Этоксисклерол»[®]) (Код АТХ: С05ВВ02) (n=46).

Процедура склеротерапии проводилась нами до 4 сеансов, так как в большинстве случаев облитерация всех вен после одной процедуры практически невозможна. В связи с этим через 15-45 дней нами проводилась повторная процедура с целью устранения оставшихся необлитерированных вен. После процедуры всем больным было рекомендовано ношение компрессионного трикотажа и бинтование конечности в течение определенного времени, а также ежедневная обработка всей конечности антисептическим раствором (76% раствор спирта).

При проведении склеротерапии отмечались различные побочные явления и осложнения, чаще всего при применении жидкого склерозанта (таблица 5).

Таблица 5. – Характеристика осложнений и эффективность склеротерапии

Характер осложнения	Всего (n=95)	Форма склерозанта		p
		жидкая (n=45)	пенная (n=50)	
Внутрикожные и подкожные кровоизлияния	10 (10,5%)	7 (15,6%)	3 (6%)	<0,001
Аллергические реакции	8 (8,4%)	6 (13,3%)	2 (4%)	<0,001
Фолликулит	3 (3,2%)	2 (4,4%)	1 (2%)	>0,05
Некроз участка кожи	3 (3,2%)	2 (4,4%)	1 (2%)	>0,05
Гнойно-септические поражения кожи	2 (2,1%)	1 (2,3%)	1 (2%)	>0,05
Транзиторная одышка	2 (2,1%)	0	2 (4%)	-
Всего	28 (29,5%)	18 (40,0%)	10 (20,0%)	<0,001
Эффективность процедуры:	88 (92,6%)	40 (88,9%)	48 (96%)	<0,001
1 сеанс	42 (44,2%)	17 (37,8%)	25 (50,0%)	<0,001
2 сеанса	85 (89,5%)	39 (86,7%)	46 (92,0%)	<0,001
3 сеанса	87 (91,6%)	40 (88,9%)	47 (94,0%)	<0,001
4 и более сеанса	91 (95,8%)	41 (91,1%)	50 (100,0%)	<0,001

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

Исследование показало, что у каждого десятого пациента (n=10; 10,5%) из-за большого диаметра иглы и выхода крови из просвета вен после склеротерапии отмечаются внутрикожные и подкожные кровоизлияния, которые не требуют активного лечения. Только в одном случае после склеротерапии жидким склерозантом отмечалась стойкая гиперпигментация участков кожи после внутрикожного кровоизлияния и распада эритроцитов с отложением гемосидерина.

Местная аллергическая реакция на склерозант была отмечена у 8,4% пациентов с преобладанием её после жидкостной склерооблитерации. Одним из грозных осложнений склеротерапии является некроз участков кожи вследствие неадекватно выполненной процедуры или же разрыва телеангиоэктазий, на фоне чего происходит попадание склерозанта под кожу. Подобное осложнение было отмечено у 3 (3,2%) пациентов и потребовало регулярного осмотра и проведения ежедневных перевязок.

Осложнение, присущее только пенной склеротерапии, - микровоздушная эмболия ветвей легочной артерии, развивающаяся вследствие превышения объема воздуха установленной нормы (норма до 15 мл пенной формы склерозанта) - была отмечена в 2 (2,1%) наблюдениях в начале внедрения и освоения методики пенной склеротерапии. С целью профилактики подобного осложнения нами в последующем при проведении процедуры проводилось предварительное наложение компрессионного жгута в области средней трети бедра, что позволяло предупредить попадание пенного склерозанта в общий венозный кровоток. Выполняли купирование рефлекторного кашля и незначительной одышки гормональной терапией – дексаметазон 4 мг – 1,0 внутривенно медленно, а также дыхательной гимнастикой.

Хороший эффект склеротерапии после одного сеанса отмечен у 44,2% пациентов (жидкая форма - 37,8%, пенная форма – 50%). Более половине пациентов потребовалось проведение повторных курсов склеротерапии, эффективность от которых повышалась до 95,8%. Следует отметить, что в отличие от жидкого склерозанта пенная его форма действует более длительно, не смывается кровью и в разы уменьшается количество сеансов лечения.

Таким образом, опыт применения склеротерапии показал, что данная методика является эффективным миниинвазивным методом лечения ретикулярного варикоза и телеангиоэктазий. Высокая эффективность и наименьшая частота осложнений отмечаются при использовании пенной формы склерозанта.

Комбинированная флебэктомия и ЭВЛО в лечении С2-С3 класса ВБ. Клинические классы С2-С3 ВБ имелись у 521 человека, но только 102 (19,6%) из них обратились для последующего хирургического лечения. Из них женщин было 77 (75,5%), мужчин – 25 (24,5%). При обследовании у всех пациентов обнаружена недостаточность клапанного аппарата магистральных подкожных вен, а также вертикальный или горизонтальный патологические рефлюксы.

В этой группе, в основном, были пациенты с варикозным расширением вен по системе БПВ. Поражение МПВ имело место всего лишь у 5 пациентов. Из этой группы 52 больным выполнена традиционная комбинированная флебэктомия, 50 больным – эндовенозная лазерная облитерация с минифлебэктомией.

Особых различий между двумя группами, перенесшими традиционную флебэктомию и ЭВЛО, не имелось. Следует отметить, что одномоментное

расширение ствола большой и малой подкожных вен отмечалось у 5 (4,9%) пациентов – 3 (5,8%), перенесших традиционное, и 2 (4%) - эндовенозное вмешательство (см. таблица 1).

Эндовенозная лазерная облитерация ствола БПВ производилась под контролем интраоперационной ультразвуковой навигации. Этапы проведения указанной операции включали в себя: пункция вены, проведение и позиционирование лазерного световода под контролем ультразвука; установка конца световода выше проксимального приустьевого притока или 1,5-2 см от сафено-фemorального соустья; проведение тумесцентной анестезии и непосредственный этап коагуляции.

При использовании торцевого световода в 12 случаях ЭВЛО сочетали с кроссэктомией, а при типе радиальной эмиссии (n=38) - без кроссэктомии.

Для ЭВЛО нами использовалась лазерная установка ЛАХТА-МИЛОН производства группы компаний «МИЛОН» с длиной волны 1470 нм. При использовании лазерного световода торцевого типа мощность 10 Вт, а радиального - 7-8 Вт непрерывном режиме.

Стандартной методикой введения световода в ствол БПВ является пункционный на уровне верхней трети голени или на уровне коленного сустава. Практический опыт показал, что не во всех случаях возможна идентификация ствола БПВ в указанных областях как из-за спазма сосуда вследствие анестезии, либо вариаций анатомического строения. В связи с этим нами был усовершенствован доступ к стволу БПВ при ЭВЛО, на что получен патент Республики Таджикистан № ТЈ 1326 от 06.12.2022 г.

Способ осуществляется следующим образом: производится небольшое отверстие в коже 2-3 мм с помощью глазного скальпеля №11 в области медиальной лодыжки в проекции проксимального сегмента ствола БПВ. С помощью крючков Варади (2,0-3,0 мм) аккуратно выделяется ствол вены и с помощью лопатки другого крючка кожный нерв отделяется от её стенки. Проксимальная часть вены берётся на зажим типа «москит» и с помощью иглы на стенке вены создаётся продольное отверстие диаметром 3,0 мм для введения лазерного световода. До введения световода в вену вводится 2,0-3,0 мл 0,5% раствора новокаина с целью профилактики её спазма. Усовершенствованный способ мобилизации ствола БПВ с помощью крючка Варади в области медиальной лодыжки позволяет не только адекватно выделять вену, но и предупреждать повреждение кожного нерва и образование грубого рубца. Также при его использовании нет необходимости в применении специальных интрадьюссеров. Достаточное количество оперированных больных (n=35) позволяет рекомендовать применение данного способа в широкой клинической практике.

В группе больных, которым была произведена традиционная флебэктомия, были использованы следующие способы: кроссэктомия, стриппинг ствола большой подкожной вены с помощью зонда Беббкока в области бедра и голени, иссечение притоковых вен голени и бедра по Нарату и чрескожная перевязка расширенных абберантных вен мелкого диаметра по Соколову.

Средняя продолжительность традиционной флебэктомии составила 85,2±15,4 минут, ЭВЛО - 106,8±17,2 минут (p<0,001). Среди 102 пациентов интраоперационные осложнения были отмечены в 3 (2,9%) случаях, в том числе у одного пациента при

проведении ЭВЛО и у двух пациентов - при комбинированной флебэктомии. Одним из значимых осложнений при ЭВЛО явилась перфорация ствола БПВ и экстравазация лазерного световода с последующим ожогом паравазальных мягких структур и кожи.

В группе пациентов, перенесших традиционное вмешательство, было два случая интраоперационных осложнений – повреждение лимфатического коллектора паховой области и поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость. В первом случае один лимфатический узел был удален и регионарные лимфатические сосуды были защищены. В другом случае потребовалось расширение раны с целью обнажения концов сосуда и их лигирование для достижения окончательного гемостаза. На это потребовалось более 30 минут.

Средний срок госпитализации пациентов, перенесших комбинированную флебэктомию, составил $4,1 \pm 0,9$ суток, после ЭВЛО – $1,2 \pm 0,4$ суток ($p < 0,001$). В раннем послеоперационном периоде (до 30 суток после операции) проводилась оценка жалоб пациентов, общего состояния, данных физикального осмотра и оперированной конечности. Сравнительная оценка характера течения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших традиционные и миниинвазивные вмешательства, представлена в таблице 6.

Таблица 6. - Динамика изменения степени болевых ощущений и потребность в анальгезии после комбинированной флебэктомии и ЭВЛО

Метод лечения	Показатель	Сроки наблюдения после операции (сутки)						p1
		1	2	3	4	5	30	
Традиционная флебэктомия	п, %	52 (100%)	50 (96,2%)	43 (82,7%)	32 (61,5%)	21 (40,4%)	10 (19,2%)	<0,001
	баллы по ВАШ	$7,2 \pm 1,1$	$5,5 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,7$	$3,8 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,2$	<0,001
	объем анестетика (мл)	$7,9 \pm 2,1$	$5,1 \pm 1,8$	$4,3 \pm 1,5$	$3,1 \pm 0,9$	$2,1 \pm 0,8$	0	<0,001
Эндовенозная лазерная облитерация	п, %	50 (100%)	41 (82,0%)	20 (40,0%)	17 (34,0%)	11 (22,0%)	2 (4,0%)	<0,001
	баллы по ВАШ	$5,2 \pm 0,9^*$	$3,8 \pm 0,7^*$	$2,1 \pm 0,6^*$	$1,8 \pm 0,5^*$	$1,2 \pm 0,3^*$	$0,5 \pm 0,1^*$	<0,001
	объем анестетика (мл)	$3,8 \pm 1,4^*$	$3,2 \pm 1,3^*$	$2,4 \pm 1,1^*$	$0,9 \pm 0,5^*$	$0,6 \pm 0,3^*$	0	<0,001

Примечание: p1 – статистическая значимость различия показателей в динамике наблюдения (по критерию Фридмана), * $p < 0,05$ при сравнении с таковыми показателями в группе с традиционной флебэктомией (по критерию χ^2)

Как видно из таблицы, все пациенты в первые сутки жаловались на болевой синдром, который был обусловлен объемом и масштабом нанесенной травмы. Следует отметить, что в группе пациентов, перенесших традиционные вмешательства, из-за больших разрезов болевой синдром носил более выраженный характер, по сравнению пациентами, подвергшимися миниинвазивному лечению. В связи с этим для купирования или снижения интенсивности болевого синдрома после традиционной флебэктомии пациентам понадобился больший объем анестетиков, по сравнению с ЭВЛО. Следует отметить, что в связи с минимальной инвазивностью

ЭВЛО с минифлебэктомией пациентам этой группы, в основном, назначались нестероидные противовоспалительные препараты, тогда как более половины пациентов (n=32; 61,5%) после традиционных вмешательств нуждались в наркотических анальгетиках. Начиная со вторых суток после операции, отмечалось значимое снижение интенсивности болевого синдрома, и в большинстве случаев пациентам обеих групп понадобилось применение анестетиков лишь в ночное время. Однако 12 (11,8%) пациентов при выписке продолжали использовать анальгезирующие средства неопиодного класса.

Наблюдение за пациентами показало, что после традиционной флебэктомии выраженный болевой синдром наблюдался на протяжении первой недели, тогда как у больных после ЭВЛО – в течение до 3 суток. Длительность приёма обезболивающих препаратов после традиционной флебэктомии в среднем составила $7,5 \pm 0,7$ суток, а в группе после ЭВЛО – $3,5 \pm 0,5$ суток.

Также в раннем послеоперационном периоде нами проводилась оценка оперированной конечности, в частности состояние кожного покрова и послеоперационных ран, наличие и площадь экхимозов и гематом, гиперпигментации и наличие флебита после ЭВЛО, наличие и площадь парестезии кожи голени, а также продолжительность полного восстановления сгибательно-разгибательной и опорной функции оперированной конечности.

У 93 (91,2%) пациентов в послеоперационном периоде отмечены экхимозы различной площади. Экхимозы встречались в обеих группах без значимых различий – 96,2% и 86,0% после комбинированной флебэктомии и ЭВЛО соответственно ($p > 0,05$).

Характер и частота послеоперационных осложнений при использовании двух методик – комбинированной флебэктомии и ЭВЛО с минифлебэктомией – представлены в таблице 7.

Таблица 7. – Характер развившихся осложнений в разные сроки после традиционной флебэктомии и ЭВЛО

Осложнения	Традиционная флебэктомия (n=52)	ЭВЛО (n=50)	Р
Гематома	2 (3,9%)	2 (4%)	$>0,05$
Лимфорея	1 (1,9%)	1 (2%)	$>0,05$
Нагноение раны	2 (3,9%)	0	$>0,05$
Повреждение кожного нерва	14 (26,9%)	2 (4,0%)	$<0,01$
Всего	19 (36,5%)	5 (10%)	$<0,05$

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

Как видно из представленной таблицы, общая частота послеоперационных осложнений имела значимые различия и гораздо чаще встречалась в группе пациентов, оперированных традиционным способом. Одним из значимых осложнений при лечении пациентов с ВБ является повреждение кожного нерва и/или его ветвей, что приводит к снижению или потере чувствительности кожи медиальной поверхности голеностопного сустава и голени. Следует отметить, что в области голени указанный нерв тесно прилегает и сопровождает большую подкожную вену,

и при мобилизации и лигировании ветвей «гусиной лапы» происходит частая травматизация кожного нерва. Парестезии могут также возникнуть в результате механического или термического воздействия на п. safenus при ЭВЛО в проксимальном участке. Среди наших больных у 14 (26,9%) человек после традиционной флебэктомии и у 2 (4%) - после ЭВЛО с торцевой эмиссией возникла парестезия ($p < 0,05$). Им была рекомендована консервативная терапия в течение 6 месяцев.

Средняя площади парестезии кожи у пациентов после КФ составила $16,2 \pm 2,4$ см², после ЭВЛО - $1,4 \pm 0,6$ см². К концу первого месяца только у одного пациента, перенесшего ЭВЛО, и 5 больных после КФ отмечалось полное восстановление чувствительности кожи. Остальным 10 (9,8%) пациентам потребовалось проведение курса консервативной терапии с целью скорейшего восстановления сниженной чувствительности кожи, на что, в среднем, потребовалось $170,5 \pm 25,5$ суток. Стойкой парестезии в отдаленном периоде не отмечено ни у одного пациента.

Другие осложнения (нагноение, лимфоррея и гематома) у пациентов обеих групп были ликвидированы консервативными мероприятиями и не требовали повторных операций.

При сравнении традиционной комбинированной флебэктомии с ЭВЛО, дополненной минифлебэктомией, отмечаются очевидные лучшие результаты второго метода по косметичности и эстетичности.

Таким образом, проведенное нами исследования показывает, что при С1 классе ВБ самым эффективным методом лечения является склеротерапия. Эффективность склеротерапии значительно повышается при использовании пенной формы склерозанта.

При поражении ствола большой или малой подкожных вен и их притоков минифлебэктомия применяется как дополнение к эндовенозной лазерной облитерации или хирургическим методикам. При анализе послеоперационных осложнений выявлена меньшая их частота развития при использовании лазерных технологий и световода с радиальной эмиссией.

Сравнение результатов традиционной флебэктомии и ЭВЛО показали преимущество последней. Преимуществами миниинвазивных методик, по сравнению с традиционной, являлись низкая степень послеоперационного болевого синдрома и значимо меньший срок его присутствия в послеоперационном периоде, что способствует быстрому восстановлению трудоспособности больных с ВБ после операции.

ВЫВОДЫ

1. Меньше половины (47,6%) обследованного населения страдали различными стадиями варикозной болезни, с превалированием доли лиц женского пола и молодого и среднего возрастов. Вследствие расширения магистральных подкожных вен нижних конечностей 19,2% обследованной когорты нуждались в оперативном лечении, в том числе 0,6% - по поводу длительно существующей венозной трофической язвы [1-А, 2-А, 6-А, 7-А, 9-А].

2. В генезе варикозной болезни значимое влияние оказали такие факторы риска, как наследственная предрасположенность, беременность и количество родов, избыточная масса тела, регулярные статические нагрузки, длительная стоячая или

сидячая работа, возраст старше 18 лет и их сочетание. Сочетание нескольких факторов риска развития варикозной болезни имело определяющее значение: в основной группе один фактор был выявлен у 402 (27,4%), а сочетание двух и более факторов - у 1093 (74,4%) лиц из всех обследованных данной группы [1-А, 2-А, 8-А].

3. Объем оказания специализированной помощи пациентам с варикозной болезнью зависел, прежде всего, от стадии заболевания. При начальной стадии патологии эффективной является склеротерапия. Использование пенной формы склерозанта при склеротерапии сопровождается значимо меньшей частотой осложнений и высокой эффективностью. У пациентов с ВБ без трофических нарушений применение современных миниинвазивных технологий позволяет получить лучшие результаты. При осложненных формах патологии наиболее приемлемым является сочетанное использование традиционных способов оперативных вмешательств [4-А, 5-А, 10-А, 11-А].

4. Внедренные миниинвазивные методы лечения варикозной болезни показали свои преимущества в плане значимого снижения частоты различных послеоперационных осложнений, сроков госпитализации и временной нетрудоспособности пациентов. Эндовенозная лазерная облитерация, по сравнению с традиционной флебэктомией, сопровождается более низким уровнем болевого синдрома, значительно меньшим количеством послеоперационных осложнений, более короткими сроками послеоперационной реабилитации, хорошим косметическим эффектом [3-А, 4-А, 5-А, 10-А, 11-А, 12-А, 13-А, 14-А, 15-А, 16-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Необходимо усилить мероприятия по своевременной выявляемости варикозной болезни в ее ранних стадиях путем повышения знаний и информированности врачей разных специальностей на местах и подготовки специалистов для сельских регионов республики.

2. С целью улучшения профилактических и лечебных мероприятий у лиц с различными факторами риска развития варикозной болезни необходима широкая пропаганда здорового образа жизни и своевременного лечения патологии.

3. Улучшить санитарно-просветительную работу и пропаганду среди населения для повышения их информированности о современных миниинвазивных методах лечения варикозной болезни.

4. Шире внедрять миниинвазивные методы лечения по показаниям как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Солиев, О.Ф. Эпидемиология хронических заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана [Текст] / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, Е.Л. Калмыков, А.Д. Гаибов, Дж.С. Додхоев, О. Нейматзода // Флебология. – 2019. – Т. 13, № 4. – С. 303-309.

[2-А]. Солиев, О.Ф. Важнейшие аспекты эпидемиологии, факторов риска и лечения варикозной болезни / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, С.П. Курбанов, Н.Р. Курбанов, И.Н. Хван, Ш.Ш. Амонов // Вестник Авиценны – 2020. – Т. 22, № 2. – С. 320-328.

[3–А]. Солиев, О.Ф. Эффективность эндовенозной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, О. Нейматзода, С.П. Курбонов, У.Т. Гульмурадов, И.Н. Хван // Здоровоохранение Таджикистана. – 2020. – № 4. – С. 49-55.

[4–А]. Солиев, О.Ф. Нақши усулҳои инноватсионӣ дар табобати бемории варикозӣ / О.Ф. Солиев // Авҷи зуҳал. – 2021. - № 4. – С. 133-140.

[5–А]. Солиев, О.Ф. Эпидемиология и факторы риска варикозной болезни в Таджикистане / О.Ф. Солиев, О. Нейматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Е.Л. Калмыков // Вестник Авиценны – 2023. – Т. 25, № 1. – С. 331-343.

[6–А]. Солиев О.Ф. Место склеротерапии в лечение варикозной болезни / О.Ф. Солиев, О. Нейматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Б.Г. Муминзода, Х.А. Юнусов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2023. – № 2. – С. 77-86.

[7–А]. Солиев О.Ф. Результаты одномоментного хирургического лечения варикозной болезни и синовиальной кисты подколенной области / О.Ф. Солиев, О. Нейматзода, А.Д. Гаибов, Д.Д. Султанов, Х.А. Юнусов, Б.Г. Муминзода // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 48-59.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[8–А]. Солиев, О.Ф. Распространенность заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов // Материалы XXIII Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (26-29 ноября 2017 г.). – Москва, 2017. – С. 262-263.

[9–А]. Солиев, О.Ф. Факторы риска развития варикозной болезни / Д.Д. Султанов, У.М. Авгонов, Х.А. Джабаров // Материалы 65-й годичной международной научно-практической конференции ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» (23-24 ноября 2017 г.). – Душанбе, 2017. – Т. 1. – С. 354-355.

[10–А]. Солиев, О.Ф. Распространенность варикозной болезни среди медицинских работников / Д.Д. Султанов, Х.А. Джабаров // Материалы XXXIV международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Перспективы развития сосудистой хирургии в стране и регионах» (13-15 сентября 2018 г.). – Ярославль, 2018. – С. 447.

[11–А]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка эффективности и безопасности различных форм склеротерапии / Д.Д. Султанов, А.Х. Зугуров, Ш.М. Буриева // Материалы XXIV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (25-28 ноября 2018 г.). – Москва, 2018. – С. 102.

[12–А]. Солиев, О.Ф. Изолированная флебэктомия расширенных притоков большой подкожной вены в лечении варикозной болезни / Д.Д. Султанов, Н.Р. Курбанов, Х.А. Джабаров // Материалы Конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистой системы и соматических заболеваний» (26-27 апреля 2019 г.). – Душанбе, 2019. – С. 374.

[13–А]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка миниинвазивных методов лечения при изолированной форме варикозной болезни / Д.Д. Султанов, Х.А. Джабаров, Ф.Д.

Сайдалиев // Материалы XXV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (10-13 ноября 2019 г). – Москва, 2019. – С. 111.

[14–А]. Солиев, О.Ф. Сравнительный анализ результатов эндовенозной лазерной коагуляции 1470 нм с использованием различных видов световода / Д.Д. Султанов, У.Т. Гульмурадов, Х.А. Юнусов, Х.А. Джаборов, С.П. Курбанов // Материалы 12-го Санкт-Петербургского Венозного форума (Рождественские встречи) (28-30 ноября 2019 г.). – Санкт-Петербург, 2019. – С. 97-98.

[15–А]. Солиев, О.Ф. Инновационные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей / Д.Д. Султанов, С.П. Курбанов, Ш.М. Буриева // Материалы международной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии» (26 сентября 2020 г.). – Душанбе, 2020. – С. 76-77.

[16–А]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка эффективности миниинвазивных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей / О.Ф. Солиев, С.П. Курбанов, С.С. Собиров // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» (24 апреля 2020 г.). – Душанбе, 2020. – С. 169.

[17–А]. Муминзода Б.Г. Некоторые аспекты распространённости и факторов риска варикозной болезни в Таджикистане (на примере двух пилотных регионов) / О.Ф. Солиев, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Б.Г. Муминзода, Х.А. Юнусов // Материалы третьего венозного форума Ассоциации флебологов Узбекистана. – Ташкент, 12-13 октября 2023 г. – С.

Список изобретений

[18–А]. Солиев О.Ф., Неъматзода О., Султанов, Дж.Д., Гаибов, А.Дж., Саидов, М.С., Юнусов Х.А., Шодизода Х.Н. Способ хирургического доступа к стволу большой подкожной вены при эндовазальной лазерной облитерации. Патент на изобретение № ТЈ 1326 от 06.12.2022 г.

Перечень сокращений, условных обозначений

БПВ	–	большая подкожная вена
ВБ	–	варикозная болезнь
ДИ	–	доверительный интервал
МПВ	–	малая подкожная вена
ОШ	–	отношение шансов
ТКФ	–	традиционная комбинированная флебэктомия
ФР	–	фактор риска
ХВН	–	хроническая венозная недостаточность
ХЗВ	–	хронические заболевания вен
ЭВЛО	–	эндовенозная лазерная облитерация
СЕАР	–	clinical, etiology, anatomical and pathophysiology Classification

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

УДК 616.147.3-007.64-089

Бо ҳуқуқи дистнавис

СОЛИЕВ ОЛИМЖОН ФАТТОВЕВИЧ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОМИЛҲОИ ХАТАР ВА ИНТИХОБИ
ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ БЕМОРИИ ВАРИКОЗӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.26-Ҷарроҳии дил ва рағҳои хунгард

Душанбе – 2023

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

- Роҳбари илмӣ:** **Султонов Ҷавли Давронович** - доктори илмҳои тиб, профессор, муовини директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» оид ба илм; профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
- Мушшовири илмӣ:** **Муминзода Бобочон Ғафор** - доктори илмҳои тиб, дотсент, профессори кафедраи ниғаждории тандурустӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
- Муқарризони расмӣ:** **Раҳматуллоев Раҳимҷон** - доктори илмҳои тиб, директори ҚСП «Маркази ташхисӣ-табобатии “Вароруд”»-и шаҳри Турсунзодаи Ҷумҳурии Тоҷикистон
Пулодов Орифҷон Негматович – номзади илмҳои тиб, мудири шуъбаи ҷарроҳии рағҳои хунгарди МД «Маркази кардиология ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд»-и ВТВаҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон
- Муассисаи пешбар:** Донишгоҳи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Бухоро, Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи « ____ » _____ соли 2023 соати «____» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии бД.КOA-060–и назди МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ 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 илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « ____ » _____ с. 2023 ирсол гардид

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

О. Неъматзода

МУҚАДДИМА

Мубрами мавзу таҳқиқот. Бемории варикозӣ (БР) паҳншавии хеле густурда дорад ва дар 15%-72,8%-и аҳолии калонсол ба мушоҳида мерасад, бештар дар чинси зан ва синну соли ҷавон хос аст, дар солҳои охир тамоюли пешравандаи ҷавоншавии он ба назар мерасад [Золотухин И.А. ва диг., 2016; Янушко В.А. ва диг., 2016; Elamrawy S. et al., 2021; Fedor T. et al., 2019; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. Вобаста ба ночиз будани зуҳуроти клиникии БВ бештари беморон барои табобат хеле дер ва ё ҳангоми пайдо шудани оризаҳо мурочиат мекунанд, ки ин ба натиҷаи табобат ва сифати ҳаёти онҳо таъсири манфӣ мерасонад [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2016; Киреева Т.И., 2020; Неъматзода О. ва диг., 2022; Carpentier P.H. et al., 2014].

Дар се даҳсолаи охир вобаста аз тағйир ёфтани тарзи ҳаёти аҳоли дар бештари манотиқи олам мунтазам таҳқиқотҳои эпидемиологӣ гузаронида мешаванд, ки ба таъмин кардани беҳтар фаҳмидани сабабҳо ва омилҳои пайдо шудани БВ, ҳамчунин динамикаи гирифтормаҷмаи аҳоли бо ин беморӣ нигаронида шудаанд [Kirsten N. et al., 2021; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. Мутаассифона, омӯзиши мукаммали эпидемиологияи БВ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бинобар дурдаст будани як қатор нуқтаҳои аҳолинишин ва дар кӯҳистон ҷойгир шудани онҳо ва ҳам аз сабаби набудани регистри миллии бемориҳои рағҳо, зуд-зуд ба муҳочирати меҳнатӣ сафар кардани аҳоли, душвор будани таҳлили шароити корӣ, фаъолнокии сусти тиббии аҳоли ва бисёр дигар омилҳо гузаронида нашудааст [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2020; Неъматзода О. ва диг., 2022]. Вобаста ба ин муайян кардани паҳншавии БВ, скрининги омилҳои хатари (ОХ) пайдошавии он дар шароити минтақаи мо мубрам ба шумор меравад ва имконият медиҳад, ки на танҳо сарбории иқтисодӣ ба системаи тандурустӣ ба нақша гирифта шавад, балки пайдошавӣ ё пешравии беморӣ пешгирӣ ва ҳамчунин тайёр кардани мутахассисон барои расонидани ёрии тахассусии тиббӣ дар муассисҳои тиббии минтақавӣ ба нақша гирифта шавад.

Бояд қайд кард, ки ҷанбаи асосӣ дар ҳаллу фасл кардани проблемаҳои БВ, бар иловаи омӯхтани ОХ ва ташҳиси саривақтӣ, инчунин тактикаи муроқибаи минбаъдаи ин беморон мебошад [Рижкова Д.С., 2022; Alwahbi A., 2020; Matic M. et al., 2019]. Бо назардошти огоҳмандии нокифояи тиббии аҳоли шаклҳои сабуки БВ (шакли ретикулярӣ, телеангиоэктазия, ҳатто варикозҳои беоризаи синфи дуюм) на танҳо далели барои ба табиб мурочиат кардан, ичунин барои табобат намудан низ бинобар набудани дард ба ҳсиоб меравад [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2020; Иноятов М.С., 2013; Калмиков Е.Л. ва диг., 2013; Неъматзода О. ва диг., 2022]. Аз ҳамин сабаб бештари беморон, махсусан аз деҳот, табобати саривқатӣ намегиранд, ки ин боиси аз шакли ибтидоиву сабуки БВ ба марҳалаи вазнинтар гузаштани он бо пайдо шудани ихтилолҳои трофикӣ мегардад [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2016]. Ғайр аз ин, дар солҳои охир, миқдори бемороне, ки ба табобати ҷарроҳии БВ ниёз доранд, хеле зиёд шудааст, аксар вақт бинобар роҳ додан ба хатоҳои тактикӣ ва техникӣ ҳангоми табобати аввалияи беморон дар шароити шӯъбаҳои ғайритахассусӣ, амалиётҳои ҷарроҳии такрорӣ иҷро карда мешавад [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2020; Покровский А.В. ва диг., 2015].

Вобаста аз ин беҳтарсозии ташҳис ва расонидани ёрии тахассусии флебологӣ ба беморони гирифтори БВ бо назардошти марҳалаҳои беморӣ,

механизмҳои патогенетикии инкишофи он ва истифода намудани технологияҳои инноватсионӣ мубрам буда натиҷаҳои таъобатро беҳтар намудан мумкин аст [Cires-Drouet R.S. et al., 2020; Laukkavirta M. et al., 2020]. Мутаассифона, дар ҷумҳурии мо, ҳанӯз ҳиссаи ҷарроҳии камзарар хеле кам аст [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2019; Иноятов М.С., 2013; Неъматзода О. ва диг., 2020], натиҷаҳои дури истифодаи чунин технологияҳо тақрибан омӯхта нашудаанд. Вобаста аз гуфтаҳои фавкулзикр таҳқиқоти омӯзиши эпидемиология, ОХ пайдошавӣ ва оптимизатсияи таъобати БВ бо истифода аз технологияҳои нав мубрам буда, барои баргузори таҳқиқоти илмии мазкур асос ба ҳисоб меравад.

Дарачаи коркарди илмии проблемаҳои омӯхташаванда. Ба дастовардҳои ҷарроҳии муосири рағҳо нигоҳ накарда, бисёр ҷанбаҳои патогенез ва интиҳоби усули таъобати БВ бо омӯзиши минбаъда ниёз доранд [Головина В.И. ва диг., 2021; Шевченко Ю.Л. ва диг., 2011]. Пеш аз ҳама, бинобар паҳншавии васеи БВ дар байни аҳоли ва ҳамчунин тағйироти динамикии тарзи ҳаёти одамон, бо мақсади боз ҳам дақиқтар ва сари вақт ташхис намудан ва баҳодиҳии дақиқ ва саривактӣ эпидемиологӣ ва коркарди роҳҳои пешгирӣ ва кам намудани беморӣ, зарурати баргузори ҷорабиниҳои мунтазаму скринингӣ ба вуҷуд меояд [Kirsten N. et al., 2021; Vuylsteke M.E. et al., 2018]. Аммо, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чунин таҳқиқотҳо қаблан анҷом дода нашудаанд, паҳншавии дақиқи бемории БВ дар байни аҳолии калонсол номаълум боқӣ мемонад ва дақиқ кардани нақши ОХ пайдошавии БВ-ро дар байни беморони ватанӣ талаб мекунад.

Коркард ва татбиқ намудани усулҳои натврӣ таъобати БВ умеди мутахассисон ва беморонро бароварда накарданд, зеро то имрӯз басомади тақроршавии беморӣ хелел баланд ббоқӣ монда, то 43,2% мерасад [Ғоибов А.Ҷ. ва диг., 2020; Покровский А.В. ва диг., 2015; Хрищанович В.Я. ва диг., 2020]. Ҳамчунин дақиқ кардани нишододҳо барои истифодаи стратегияҳои гуногун ва усулҳои таъобати ҷарроҳӣ вобаста аз дарачаи васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстӣ ва мавҷуд будани шаклҳои оризаноки беморӣ талаб карда мешавад [Фокин А.А. ва диг., 2022; Шиманко А.И. ва диг., 2022; Nyamekye I.K., 2022; Resek S., 2022]. Вобаста аз ин, анҷом додани таҳқиқотҳои илмии омӯзиши паҳншавии БВ дар байни аҳоли, муайян кардани ОХ пайдошавии он ва коркарди тактикаи таъобат дорои аҳамияти бузурги илмӣ-амалӣ буда, барои беҳтар гаштани расонидани ёрии тиббии тахассусӣ ба ин категорияи беморон мусоидат менамояд.

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) мавзӯи илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи амалисозии мавзӯи ташаббусии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», «Технологияи мосир дар таъобати норасоии музмини варидӣ» ва барномаи миллии «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023» (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 676 аз 03.12.2012с.) иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Омӯختани паҳншавӣ ва сохтори бемории варикозӣ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мисоли ду ноҳияҳои таҷрибавӣ ва оптимизатсияи тактикаи таъобат вобаста аз марҳалаҳои беморӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани паҳншавӣ ва басомади дучоршавии дараҷаҳои гуногуни бемории варикозӣ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мисоли ду ноҳияи таҷрибавӣ.

2. Муайян кардани басомад ва хусусиятҳои омилҳои хатари пайдошавии бемории варикозӣ дар байни аҳолии умумии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мисоли ду ноҳияи таҷрибавӣ.

3. Коркарди тактикаи табобати бемории варикозӣ вобаста аз марҳалаҳо ва шаклҳои беморӣ.

4. Татбиқ намудан ва баҳогузорӣ кардани самаранокии усулҳои каминвазивии бемории варикозӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти диссертатсия 3084 сокини ноҳияҳои Дӯстӣ ва Ҷалололидини Балхӣи вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон буд, ки дар байни онҳо скрининги БВ ва омилҳои хатари он гузаронида шуд, ҳамчунин 197 бемор, ки ба онҳо вариантҳои гуногуни табобати ин беморӣ анҷом дода шуд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯхтани паҳншавии шаклҳои гунгогуни БВ дар байни аҳолии ду ноҳия, дақиқ кардани ОХ-и пайдошавии он дар байни гурӯҳи таҳқиқшаванда, омӯхтани хусусиятҳои аломатҳои клиниқии беморӣ, оптимизатсияи тактикаи табобат вобаста аз марҳалаҳои беморӣ, татбиқ намудани усулҳои каминвазивӣ ва омӯхтани самаранокии онҳо дар табобати бемории васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстии андомҳои поёни мебошад.

Навгони илмӣ таҳқиқот.

Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳншавии умумии бемории варикозӣ, марҳалаҳои гуногун ва шаклҳои оризаноки он дар байни аҳолии умумӣ дар мисоли ду ноҳияи таҷрибавӣ муайян карда шуд.

Нақши асосии тамоюли ирсӣ, меҳнати вазнини ҷисмонӣ, (мунтазам бардоштани бори вазнин, корҳои саҳроӣ), иҷро кардани корҳо дар ҳолати ростистӣ ё нишастани тӯлонӣ, миқдори зиёди валодат, вазни барзиёди бадан ва фарбеҳӣ ва ҳамчоягии онҳо дар комбинатсияҳои гуногун ҳамчун омилҳои асосии хатари пайдошавии бемории варикозӣ дар гурӯҳи беморони ватанӣ исбот карда шуд.

Вобаста аз шаклҳо ва марҳалаҳои бемории варикозӣ тактикаи табобат коркард шуд, ки на танҳо табобати ҳуди беморӣ, балки профилактикаи такроршавии он ва бартараф намудани омилҳои ислоҳшавандаи хатарро низ пешбинӣ мекунад. Бо мақсади пешгирии осеби асаби пӯстӣ дар мавзеи бучулаки медиалӣ ҳангоми облитератсияи дохиливаридии лазерӣ (ОДВЛ) усули чудо кардани танаи вариди калони зерипӯстӣ пешниҳод карда шуд (Патент барои ихтироъ №ТJ 1326 аз 06.12.2022 с.).

Бори нахуст дар шароити шубҳаи таҳассусии дорои аҳамияти ҷумҳуриявӣ самаранокии усулҳои каминвазивии (облитератсияи дохиливаридии лазерӣ, минифлебэктомия, склеротерапияи кафкӣ) табобати бемории варикозӣ ворид ва самаранокии онҳо омӯхта шуд, ки имконият медиҳанд давомнокии бистаришавиро коҳиш, миқдори оризаҳои пас аз ҷарроҳиро кам ва самаранокии косметикии табобати гузаронидашударо беҳтар кунад, ки он ба сифати ҳаёти беморон таъсири мусбат мерасонад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Асоси назариявии таҳқиқоти мазкурро таҳқиқотҳои илмӣ-амалии аз тарафи донишмандони

ватаниву хоричӣ анҷодода оид ба проблемаҳои эпидемиология, ОХ, профилактика, ҳамчунин табобати саривақтии БВ ва норасоии музмини варидӣ (НМВ) ташкил доданд

Маълумотҳои ба даст овардашудаи эпидемиологӣ дар чараёни иҷрои таҳқиқоти мазкур дар ин самт пажӯҳиши аввалин ба ҳисоб мераванд ва метавонанд ба сифати асоси назариявӣ барои гузаронидани корҳои илмӣ-таҳқиқотии минбаъда хизмат кунанд.

Ҳамчунин қонунмандҳои паҳншавии БВ дар байни гурӯҳи ватании беморон имконият медиҳанд, ки расонидани ёри махсус ба аҳоли тақмил ва фаъолияти муассисаҳои табобатӣ ва тайёр кардани мутахассисон барои муассисаҳои тиббии минтақавӣ беҳтар карда шавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот барои баргузории ислоҳи микёсан калони ОХ-и БВ бо мақсади пешгирӣ намудан ё пешравии бемории баррасишаванда мусоидат мекунад.

Дар асоси маълумотҳои таҳқиқоти гузаронидашуда алгоритми ташхиси беморони дорои васеъшавии варидҳои андомҳои поёнӣ, принципҳои асосии мувофиқати беморони гирифтори ин беморӣ таҳия карда шуд, ҳамчунин нишондодҳо барои истифода намудани усулҳои ҷудоғонаи табобат тақмил дода шуд.

Ворид намудани усулҳои табобати БВ, бешубҳа, аҳамияти муҳимми амалӣ доранд, зеро аз рӯи маълумотҳои ба даст овардашуда қисми бештари беморон гирифтори шаклҳои ибтидоии бемории мазкур буданд ва ба онҳо табобати аз ҷиҳати иқтисодӣ дастрас ва муносиб - склеротерапия нишондод дорад.

Нуктаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Паҳншавии шаклҳои гуногуни бемории варикозӣ дар байни аҳолии минтақаи мо дар мисоли ду ноҳияи таҷрибавӣ 47,6%-ро ташкил медиҳад, ки дар ин ҷо ҳиссаи телеангиоэктазия ва варикози ретикулярӣ (59,6%) бартарӣ доштанд. Трансформатсияи варикозии варидҳои зерипӯстии магистралӣ бо норасоии музмини варидӣ ва ихтилолҳои трофикӣ дар 12,4%-и аҳоли, решҳои шифоёфта ва ё фаъоли варидӣ дар 0,6%-и аҳоли ба назар расид. Дучоршавии бемории варикозӣ дар мардҳо миёни популятсияи умумӣ ва қисми мардҳои популятсия мутаносибан 9,1% ва 38,5%, дар занҳо мутаносибан – 38,6% ва 50,5%-ро ташкил доданд ($p < 0,001$).

2. Омилҳои муҳимми хатари бемории варикозӣ дар байни гурӯҳи беморони ватанӣ тамоюли ирсӣ (ТШ (таносуби шансҳо) 2,322; 95% ФЭ (фосилаи эътимоднок): 1,247-3,421), ҳомилагӣ ва миқдори валодат (ТШ 3,041; 95% ФЭ: 1,033-4,051), вазни барзиёди бадан (ТШ 1,338; 95% ФЭ: 0,838-2,481), сарборихоли мунтазами вазнӣ (ТШ 11,262; 95% ФЭ: 7,452-17,019), кори дарозмуд дар речаи рост истодан ё нишастан (ТШ 3,627; 95% ФЭ: 1,464-4,848), синни аз 18-сола боло (ТШ 1,506 (95% ФЭ: 0,839-2,702) ва ҳамчоягии якҷанд омил (ТШ 8,096; 95% ФЭ: 6,072-12,129) мебошанд.

3. Ҳангоми омӯхтани сохтори бемори варикозӣ муайян карда шуд, ки барои қисми зиёди (59,5%) беморон (синфҳои С1, С2) танҳо технологияи каминвазивии табобат, барои боқимондаҳо бошад, якҷоя кардани технологияҳои анъанавӣ ва каминвазивӣ нишондод дорад.

4. Истифодаи васеи технологияи каминвазивӣ мувофиқи нишондодҳои инфиродӣ ба коҳиш додани муҳлати бистарӣ дар беморхона, басомади

ҷарроҳҳои гаронарзиш ва сарфаи зиёди молӣ барои табобати бемории варикозӣ мусоидат менамояд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Ҳама нуктаҳои илмӣ, хулоса ва тавсияҳои амалии диссертатсия далелноканд ва моҳияти таҳқиқотро инъикос мекунад, аз маводи воқеӣ ва усулҳои серитгилӣ дар таҳқиқот истифодашуда бармеоянд. Бо мақсади ҳаллу фасл кардани вазифаҳо бо иштироки диссертант 3084 нафар дар хусусияи муайян кардани БВ ва омилҳои хатари он таҳқиқ карда шуданд. Дар баробари усулҳои умумиклиникии таҳқиқот, ба 197 бемор сканеркунии ултрасадоии дуплексии рағҳои андомҳои поёни иҷро карда шуданд.

Мувофиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Соҳаи таҳқиқот бо Шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.26-Ҷарроҳии дил ва рағҳои хунгард мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии диссертант дар таҳқиқот. Муаллиф дар асоси таҳлили интиқодии адабиёти илмии муосир шарҳи адабиётро оид ба мавзӯи диссертатсия таҳия намудааст, ки дар ин ҷо масъалаҳои мубрам ва ҳалнашудаи марбути эпидемиология, ОХ ва табобати БВ муайян шудаанд, ки дар асоси онҳо мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот мураттаб шудаанд.

Диссертант дар таҳқиқот ва табобати беморон, ҷамъовариҳои пурраи маводи клиникӣ ва коркарди омории он бевосита иштирок кардааст. Муаллифи рисола ҳамчунин дар гузаронидани скрининги БВ дар байни аҳолии ду ноҳия Ҷамоатона иштирок намудааст. Вай шахсан беморонро мувофиқат кардааст, дар татбиқ намудани усулҳои каминвазивии амалиётҳои ҷарроҳӣ иштирок намуда, мунтазам доир ба натиҷаҳои ҳосилшуда дар форумҳои гуногуни илмӣ гузориш додаст.

Натиҷаҳои бевосита ва дури амалиётҳои ҷарроҳии гузаронидашуда, ҳамчунин склеротерапияро муаллиф шахсан омӯхтааст. Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда диссертант бобҳои диссертатсияро таълиф намуда, мақолаҳои илмиро дар маҷаллаҳои илмии тақризшаванда нашр намудааст. Муаллиф ҳамчунин дастрасиро барои мобилизатсияи танаи варици калони зерипӯстӣ (ВКЗ) ҳангоми облитератсияи дохиливарици лазерӣ тақдир додаст.

Татбиқ ва истифодаи амалии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии илмии таҳқиқот дар фаъолияти амалии шуъбаи Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо татбиқ шудааст. Инчунин дар барномаи таълимии дарсҳои лексионӣ ва амалии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», барои курсҳои 5-ум ва 6-ум дар мавзӯи «Васеъшавии варикозии варидҳо ва норасоии музмини варици андомҳои поёни» ва ҳангоми гузаронидани дарсҳои семинарӣ бо ординаторҳои клиникии соҳаи ҷарроҳӣ мавриди истифода қарор дода мешаванд.

Нуктаҳои асосии диссертатсияи мазкур дар конференсияҳои зерин пешниҳод ва баррасӣ шудаанд: дар анҷуманҳои XXIII, XXIV ва XXV-уми умумироссиягии ҷарроҳони дил ва рағҳои хунгард (ш. Москва, 26-29-уми ноябри с. 2017; ш. Москва, 25-28 –ноябри с. 2018; ш. Москва, 10-13 –ноябри с. 2019); конференсияи XXXIV–уми байналмилалии Ҷамъияти ангиологҳо ва ҷарроҳони рағҳои хунгарди Россия (ш. Ярославл, 13-15-уми сентябри с. 2018); 12-умин форуми варици ш. Санкт-Петербург (ш. Санкт-Петербург, 28-30 ноябри с. 2019); конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои кишварҳои Осиё ва Иттиҳоди Давлатҳои

Мустақил (ш. Душанбе, 26-27- апрели с. 2019); дар конференсияи 65-уми солони илмӣ-амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе, 23-24 –ноябри с. 2017); дар конференсияи XV солони илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе, 24 -апрели с. 2020); дар конференсияи байналмилалӣ илмӣ-амалии Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо (ш. Душанбе, 26-сентябри с. 2020).

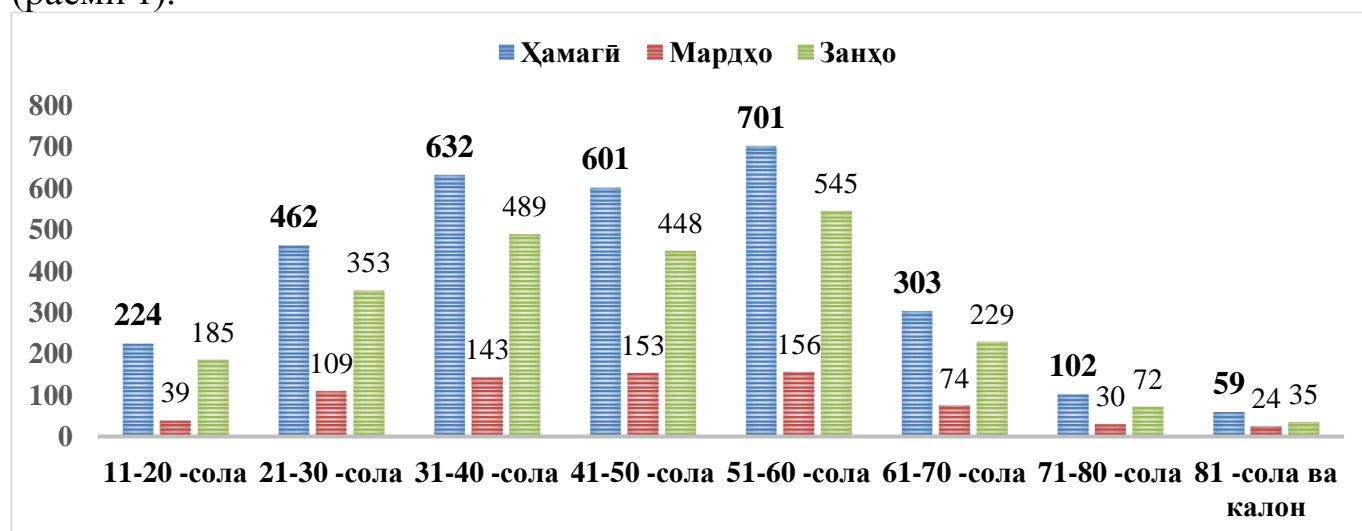
Таҳқиқоти диссертатсия дар ҷаласаи комиссияи экспертии проблемавӣ байникафедравӣи фанҳои ҷарроҳии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (ш. Душанбе, протоколи №10 аз 06.05. с.2022) баррасӣ шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 15 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 6 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст. Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон №ТJ 1326 барои коркарди усули дастраскунии танай варидаи калони зерипӯстӣ хангоми облитератсияи дохиливаридаи лазерӣ ба даст оварда шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 140 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса ва феҳристи адабиёти истифодашуда, ки 132 сарчашма (58 сарчашма бо забони русӣ ва 74 сарчашмаи хориҷӣ) иборат аст, дар бар гирифтааст. Дар рисола 12 ҷадвал ва 51 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Бо мақсади ҳаллу фасл кардани вазифаҳои яқум ва дуҷуми таҳқиқоти мазкур 3084 нафар аз ҳисоби сокинони маҳаллии ноҳияҳои Дӯстӣ (376 мард ва 1145 нафар зан) ва Ҷалололдини Балхӣи вилояти Хатлон (352 мард ва 1211 зан) барои муайян кардани БВ ва омилҳои хатари он таҳқиқ карда шуданд. Дар байни таҳқиқшудагон мардҳо 728 (23,6%), занҳо – 2356 (76,4%) буданд, таносуби байни мардҳо ва занҳо 1:3-ро ташкил дод. Синну соли гурӯҳи таҳқиқшуда, ки скрининг карда шуд, аз 11 то 83-сол буд, синну соли миёнаи онҳо ба 41 ± 13 сол баробар буд (расми 1).



Расми 1. – Гурӯҳбандӣ кардани респондентҳо вобаста аз ҷинс ва синну сол

Ба сифати объект барои ҳаллу фасли вазифаҳои дигари диссертатсия 197 бемор аз ҳисоби гурӯҳҳои таҳқиқшаванда интихоб карда шуд, ки дар онҳо баъдан склеротерапия ё амалиёти ҷарроҳии БВ гузаронида шуд.

Скрининги БВ ва ОХ аз рӯи нақшаи таҳиянамудаи кормандони кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва табибон-ҷарроҳони беморхонаҳои марказии ноҳияҳои зикршуда бидуни табақабандии пешакии аҳоли, гузаронида шуд. Таҳқиқот аз муоинаи ангиологии респондентҳо, ҷамъоварӣ намудани шикоятҳо ва анамнези беморӣ, омӯзиши муфассал ва муайян кардани ҳама имкониятҳои ОХ-и пайдошавии БВ, ҳамчунин гузаронидани доплерографияи ултрасадоӣ иборат буд.

Барои ҳамаи иштироккунандагони таҳқиқоти гузаронидашуда анкета пур карда шуд, ки дар он масъалаҳои ҷой дода шудаанд, ки имконият медиҳанд хусусиятҳои клиникии беморӣ, ҳамчунин сохтор ва хусусиятҳои ОХ муқаррар карда шаванд. Дар анҷоми таҳқиқот тавсияҳои дахлдори табобатӣ-профилактикӣ дода шудааст.

Барои муайян кардани моҳияти ОХ ва таъсири онҳо ба пайдо шудани бемории мавриди назар ҳамаи 3084 нафари таҳқиқшуда ба гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ 1469 (47,5%) нафар (280 мард ва 1189 зан) буданд, ки дар онҳо аломатҳои клиникии БВ муайян карда шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ 1499 (52,5%) нафари таҳқиқшуда (448 мард ва 1167 зан) дохил карда шуд, ки дар онҳо аломатҳои БВ ва БМВ мавҷуд набуд.

Ҳангоми таҳқиқ кардани беморон чунин ОХ муайян карда шуданд: тамоюли ирсӣ, чинс, ҳомилагӣ, валодат, вазни барзиёди бадан, корҳои доимии вазнини ҷисмонӣ, тӯлонии саҳроӣ, корҳои дар ҳолати рост истодан ва нишастан иҷро кардашаванда. Яқоя шудани яқчанд ОХ дар як нафар қобили тавачҷуҳ буд. Нишондиҳандаи дигар барои омӯзиш касб ё шуғли ҳама нафарони таҳқиқшуда буд.

Хусусиятҳои демографии 197 бемори гирифтори БВ, ки дар онҳо склеротерапия ё амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст, дар ҷадвали 1 оварда мешавад.

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои беморони гирифтори бемории варикозӣ, ки табобат шудаанд

Нишондиҳанда	Усули табобат			p
	склеротерапия (n=95)	флебэктомияи анъанавӣ (n=52)	ОДВЛ бо мини- флебэктомия (n=50)	
Мардҳо	24 (25,3%)	13 (25%)	12 (24%)	>0,05
Занҳо	71 (74,7%)	39 (75%)	38 (76%)	>0,05
Синну соли миёна	32,4±5,6	38,7±4,9	39,1±5,3	>0,05*
Иллати яктарафа:	11 (11,6%)	10 (19,2%)	9 (18,0%)	>0,05
- аз рост	6 (6,3%)	3 (5,8%)	3 (6,0%)	>0,05
- аз чап	5 (5,3%)	7 (13,4%)	6 (12,0%)	>0,05
Иллати дутарафа	84 (88,4%)	42 (80,8%)	41 (82,0%)	>0,05
Шоҳиси вазни бадан	24,2±2,4	24,1±2,3	24,3±2,5	>0,05*

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи Q-критерия Кохрен, * тибқи H-критерияи Крускала-Уоллис)

Барои баҳо додан ба ҳаҷми маллеолярии соқ мо усули леҒометрияро бо истифода намудани лентаи сантиметрии стандартӣ ва муайян кардани периметри сеяки поёнии соқ дар болои бучулак ба кор бурдем. Мақсади гузаронидани он муайян кардани мавҷуд будани варам ва динамикаи тағйироти он пас аз табобат мебошад.

Ҳамчунин баҳогузории хусусиятҳои объективӣ ва субъективии симптомҳои БВ ва табобати қаблан гузаронидашуда анҷом дода шуд. Муайян кардани аломатҳои БВ ҳангоми гузаронидани скрининги БВ яккарата, дар бемороне, ки табобат гирифта буданд ду маротиба - то ва пас аз табобати дахлдори гузаронидашуда, иҷро карда шуд.

Барои муайян кардани ҳолати системаи варидҳои андомҳои поёни, клапанҳои варидҳои зерипӯстӣ, амиқ ва перфорантӣ ғайр аз озмоишҳои функционалӣ (озмоиши Броди-Троянов-Трендленбург, озмоиши Барроу-Купер-Шейнис), ба 197 бемор бо ёрии дастгоҳи ташҳисии «MindrayDC-3», дуплекси скнерӣ гузаронида шуд, ки бо муайянсозандаи конвексии ростхатаи 2,5-7,5 МГц. таъмин буд.

Дараҷаи эҳсосоти дард пас аз ҷарроҳӣ дар 102 бемор бо истифода аз шкалаи визуалии мушобех (ШВМ) гузаронида шуд.

Ҳамчунин пас аз амалиёти ҷарроҳӣ майдони парестезияи пӯсти бучулаки медиалӣ ва соқ бо ёрии лавҳача (палитра) ва динамикаи регресси он дар давраҳои гуногуни бистаришавӣ ва диспансеризатсияи беморон муайян карда шуд. Вобаста аз динамикаи тағйироти майдони парестезия тактикаи минбаъда - муоинаи динамикӣ ва ё гузаронидани табобати консервативӣ ё физиотерапия муайян карда шуд.

Маълумотҳои дар натиҷаи таҳқиқот ба даст овардашуда бо ёрии барномаи SPSS 21.0. коркард шуданд. Бузургҳои миқдорӣ дар шакли қимати миёнаи онҳо ва ғалати стандартӣ пешниҳод карда шудааст. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли бузургҳои нисбӣ ва мутлақ нишон дода шудаанд. Муқоисаи омории байни ду гурӯҳи озод оид ба нишондиҳандаҳои миқдорӣ бо истифода аз U-критерияи Манн-Уитни, сершумор – тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис анҷом дода шуд. Таҳлили дисперсионии бузургҳои нисбӣ (нишондиҳандаҳои сифатӣ) бо ёрии критерияи χ^2 Пирсон, бо ислоҳи Йетс ва критерияи дақиқи Фишер сурат гирифт. Таъсири омилҳои хатар ба пайдошавии БВ ва НМВ аз рӯи таносуби шансҳо (ТШ) бо нишон додани медиана ва 95% фосилаи эътимоднок (ФЭ) муайян карда шуд. Фарқияти нишондиҳанда ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Эпидемиологияи БВ. Дар байни 3084 нафари таҳқиқшуда шаклҳои гуногуни нозологияи НМВ дар 1585 (51,4%) муайян карда шуд, ки аз онҳо ба БВ 1469 (47,6%) ҳолати рост меояд. Дигар шаклҳои НМВ-и (бемории посттромботикӣ, флебопатияи функционалӣ ва флебодисплазия) андомҳои поёни дар 116 (3,8%) таҳқиқшуда ба назар расид.

Синфҳои гуногуни БВ дар 280 (38,5%) мард ва дар 1189 (50,5%) зан ($p < 0,001$) ба қайд гирифта шуд. Таносуби байни марду занҳо 1:4,25-ро ташкил дод. Дучоршавии БВ дар мардҳо дар байни популятсияи умумӣ ва популятсияи мардҳо мутаносибан 9,1% ва 38,5% ва дар занон 38,6% ва 50,5%-ро ташкил дод

($p < 0,001$).

Дар бештари мавридҳо миёни нафарони муоинашуда варикози ретикулярӣ ва телеангиоэктазия ($n=876$; 59,6%), аз ҷумла дар 137 (48,9%) мардон ва 739 (62,2%) занон ($p < 0,001$) дарёфт гардид. Ба ҳиссаи синифҳои С2-С6 дар байни ҳамаи беморони дорои БВ 40,4%-и муоинаҳо рост омад, аз ҷумла шаклҳои чуброннашавандаи беморӣ бо зухуроти индуратсия, решҳои шифоёфта ва ё фаъл дар 4,9% таҳқиқшуда ба мушоҳида расид. Бояд қайд кард, ки дучоршавии синфи дуҷуми беморӣ аз ҷиҳати ҷинс ҷандон тафовут надошт ва дар 25,7%-и мардҳо ва 26,0% занҳо ($p > 0,05$) ба қайд гирифта шуд. Дар баробари ин, бо афзудани дараҷаи вазнинии БВ ва ҳамроҳ шудани аломатҳои НМВ бештар беморӣ дар байни ҷинси мард ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, синфи сеҷуми беморӣ дар баробари васеъшавии рағҳои зерипӯстӣ бо варами андомҳои поёни дар 139 (4,5%) нафари таҳқиқшуда ба мушоҳида расид, 1,5 маротиба бештар дар мардҳо ($n=38$; 13,6%) дар муқоиса бо занҳо ($n=101$; 8,5%) ($p < 0,001$) дида шуд.

Трансформатсияи варикозии варидҳои зерипӯстии андомҳои поёни бо зухуроти индуратсия ва гиперпигментатсияи соқ дар байни ҳама шаклҳои бемории мавриди баррасӣ 3,1%-ро ташкил дод. Бояд қайд кард, ки ин шакли БВ 2,2 маротиба бештар дар мардҳо ба назар расид, нисбат ба занҳо – мутаносибан 5,4% ва 2,5% ($p < 0,05$) (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. - Хусусиятҳои шаклҳои муайяншудаи бемории варикози

Марҳалаи БВ	Ҳамагӣ ($n=1469$)		Мардҳо ($n=280$)		Занҳо ($n=1189$)		p
	n	%	n	%	n	%	
Варикози ретикулярӣ, телеангиоэктазия (C1)	876	59,6	137	48,9	739	62,2	<0,001
Васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстии магистралӣ ва маҷроҳои онҳо, аз ҷумла:	593	40,4	143	51,1	450	37,8	<0,001
C2	381	25,9	72	25,7	309	26,0	>0,05
C3	139	9,5	38	13,6	101	8,5	<0,05
C4	45	3,1	15	5,4	30	2,5	<0,05
C5	19	1,3	11	3,9	8	0,7	<0,001
C6	9	0,6	7	2,5	2	0,2	<0,001
Ҳамагӣ	1469	100	280	19,1	1189	80,9	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни мардҳо ва занҳо (тибқи критерияи χ^2)

Реши варидии трофикии фаъл ($n=19$) ё шифоёфта ($n=9$) дар 28 (0,91%) нафар муайян карда шуд, ки 1,9%-и беморони дорои БВ-ро ташкил дод. Бояд гуфт, ки решҳои трофикии низ бештар дар мардҳо назар ба занҳо мутаносибан - 18 (6,4%) ва 10 (0,84%) ҳолат дида мешаванд ($p < 0,001$).

Таҳлили гурӯҳбандӣ кардани беморон ба синфҳои гуногуни БВ аз рӯи ҷинс, синну сол, дараҷаи зухуроти клиникӣ тибқи таснифи СЕАР нишон дод, ки ҳамаи омилҳои зикршуда байни ҳамдигар ҳамбастагӣ доштанд. Чунончи, дар байни шахсони 11-20-сола ($n=224$) БВ дар 62 (27,7%) ҳолат муайян карда шуд. Беморӣ бештар дар синну соли 31-40 ва 41-50 сола ба назар расид, ки дар байни онҳо ҷинси зан бартарӣ дошт. Бояд зикр кард, ки бо зиёд шудани синну соли

респондентҳо кам шудани ошкорсозии БВ дида мешавад. Аммо, дар шахсони синну соли калонтар бештар аз ҳама дараҷаи вазнини беморӣ ба намуди синфҳои С4-С6 бо НМВ дида шуд ва тақрибан дар ҳарду ҷинс бетафовут (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Гурӯҳбандии беморон бо бемории варикозӣ мувофиқи ҷинс, синну сол ва марҳалаҳои аломатҳои клиникӣ тибқи таснифи СЕАР ва дар популятсия

Синну соли муоинашудагон (сол)	Ҷинс (мутл. миқдор)	Синфи клиникаи бемории варикозӣ тибқи таснифи СЕАР (миқтодори мутлақ)						Аз миқдори мардҳо ва ё занҳои ин синну сол		Аз миқдори умумии популятсияи ин синну сол	
		С1	С2	С3	С4	С5	С6	n	%	n	%
11-20 (n=224)	мардҳо (n=39)	7	6	2	1	0	0	16	41,03	62	27,68
	занҳо (n=185)	20	20	5	1	0	0	46	24,9		
21-30 (n=462)	мардҳо (n=109)	15	9	6	1	1	1	33	30,3	212	45,9
	занҳо (n=353)	124	39	14	1	1	0	179	50,7		
31-40 (n=632)	мардҳо (n=143)	45	18	12	3	2	2	82	57,3	526	83,23
	занҳо (n=489)	282	118	32	8	3	1	444	90,8		
41-50 (n=601)	мардҳо (n=153)	33	20	8	5	4	2	72	47,1	419	69,72
	занҳо (n=448)	209	91	33	12	2	0	347	77,5		
51-60 (n=701)	мардҳо (n=153)	24	12	6	3	3	1	49	32,03	183	26,1
	занҳо (n=545)	82	32	13	5	1	1	134	24,6		
61-70 (n=303)	мардҳо (n=74)	6	7	4	2	1	1	21	28,4	51	16,8
	занҳо (n=229)	13	9	4	3	1	0	30	13,1		
71 и старше (n=161)	мардҳо (n=54)	7	0	0	0	0	0	7	12,9	16	9,93
	занҳо (n=107)	9	0	0	0	0	0	9	8,4		
Ҳамагӣ (n=3084)	мардҳо (n=728)	137	72	38	15	11	7	280	38,46	1469	47,6*
	занҳо (n=2356)	739	309	101	30	8	2	1189	50,47		

Эзоҳ: * $p < 0,01$ – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳои синнусоӣ (тибқи Q-критерияи Кохрен)

Ҳамин тавр, таҳқиқоти гузаронидаи мо нишон медиҳад, ки дар байни популятсияи умумии ду ноҳия бештар шаклҳои ибтидоии БВ, бештар дар ҷинси зан дида мешаванд ва гузаронидани амалиёти ҷаррохиро талаб намекунанд. Дар

баробари ин, ҳар як нафари садум аз шакли вазнини БВ бо решҳои фаъол ё шифоёфта, махсусан чинси мард ва синну соли калон озор мебинанд.

Омили хатари БВ. Яке аз муҳимтарин ҷиҳат ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти мазкур ин муайян кардани ОХ пайдошавии БВ ва дар асоси онҳо коркарди роҳҳои пешгирии беморӣ буд. Хусусият ва басомади дучоршавии ОХ дар байни нафарони дорои БВ ва бе НМВ дар ҷадвали 4 оварда мешавад.

Ҷадвали 4. – Хусусият ва басомади дучоршавии омилҳои хатари бемории варикозӣ (n=2968)

Омили хатар	Гурӯҳи дорои БВ (n=1469)			Гурӯҳи бе НМВ (n=1499)		
	мардҳо (n=280)	занҳо (n=1189)	ТШ (95% ФЭ)	мардҳо (n=412)	занҳо (n=1087)	ТШ (95% ФЭ)
Ирсият	115 (41,1%)	813 (68,4%)	2,3 (1,3-3,4)	21 (5,1%)	72 (6,6%)	0,3 (0,5-1,3)
Ду ва зиёда ҳомилагӣ ва валодат	-	938 (78,9%)	3,1 (1,0-4,1)	-	309 (28,4%)	0,4 (0,3-0,5)
Вазни барзиёди бадан	41 (14,6%)	400 (33,6%)	1,3 (0,8-2,5)	15 (3,6%)	89 (8,2%)	0,4 (0,2-0,7)
Шароити меҳнат:						
кори тӯлонӣ дар рӯзи рост истодан ё нишастан	66 (23,6%)	392 (32,9%)	3,6 (1,5-4,9)	40 (9,7%)	142 (13,1%)	0,7 (0,5-1,0)
сарбории мунтазами ҷисмонӣ	253 (90,4%)	540 (45,4%)	11,3 (7,5-17,0)	194 (47,1%)	400 (36,8%)	1,5 (1,2-1,9)
Синну сол: то 17 -сола 18 –сола ва калон	16 (5,7%) 264(94,3%)	46 (3,9%) 1143(96,1%)	1,5 (0,8-2,7)	26 (6,3%) 386(93,7%)	97 (8,9%) 990(91,1%)	0,7 (0,4-1,1)
Як омил	152 (54,3%)	450 (37,9%)	4,5 (3,4-5,9)	165 (40,1%)	338 (31,1%)	1,5 (0,1-1,9)
Ҳамҷоягии ду ва зиёда омил	94 (33,6%)	739 (62,2%)	8,1 (6,1-12,1)	70 (16,9%)	299 (27,5%)	0,5 (0,4-0,7)

Эзоҳ: ТШ – таносуби шансо, 95% ФЭ (95% фосилаи эътимоднок), * ҳангоми муқоиса кардани занҳои дорои як ҳомилагӣ в аду ё зиёдтар ҳомилагӣ.

Омили хатари нисбатан муҳими БВ тамоюли ирсӣ (ТШ 2,322; 95% ФЭ: 1,247-3,421) мебошад, ки мавҷуд будани бемории мазкурро дар волидайн ё дар ҳешу табори наздик тахмин мекунад ва дар 115 (41,1%) мард ва 813 (68,4%) зан ҷой дошт.

Ҳомилагӣ ва миқдори валодат (ду ё зиёда) аз лиҳози муҳимтарин ОХ ҷои дуҷумро ишғол намуд (ТШ 3,041; 95% ФЭ: 1,033-4,051), ки дар собиқаи 938 (73,9%) зани дорои БВ ҷой дошт. Бояд қайд кард, ки шаклҳои сабуки БВ дар охири ҳомилагии яқум пайдо шуда, васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстии аз ҷиҳати клиникӣ муҳим аллақай ҳангоми ҳомилагии дуҷум пайдо ва дар заминаи ҳомилагиҳои минбаъда авҷ гирифтаанд.

Нақши вазни барзиёди бадан, махсусан фарбеҳии дараҷаҳои II ва III аллақай ҳамчун ОХ БВ исбот карда шудааст, ки инро мо дар таҳқиқоти худ, дар байни гурӯҳи беморони ватанӣ (ДШ 1,338; 95% ФЭ: 0,838-2,481). собит намудем.

Омили дигари нисбатан муҳимтари БВ хусусияти кори ҷисмонӣ - сарборихои мунтазами ҷисмонӣ (ДШ 11,262; 95% ФЭ: 7,452-17,019) ва кори тӯлонӣ дар реҷаи рост истодан ва нишастан иҷрошуда (ТШ 3,627; 95% ФЭ: 1,464-4,848) буданд, ки мутаносибан дар 23,6% ва 90,4% ва 32,9% ва 45,4% -и ҷинсҳои мард ва зан муайян гардиданд.

Синну сол низ яке аз муҳимтарин ОХ БВ буд. Аз ҷумла, дар байни респондентҳо бо БВ нафарони синну соли то 18-сола 62 (4,22%), ва аз 18-сола калонтар 1407 (95,78%) одам буд, дар когортаи бидуни БВ бошад мутаносибан 123 (8,2%) ва 1376 (91,8%) нафар муайян карда шуд ($p > 0,05$). Таносуби шанси синну соли 18-сола ва калон дар инкишофи БВ 1,506 (95% ФЭ: 0,839-2,702) ташкил намуд.

Таҳқиқот нишон дод, ки якҷоя шудани якҷанд ОХ хатари пайдошавии БВ-ро (ТШ 8,096; 95% ФЭ: 6,072-12,129) дар муқоиса бо ҷой доштани як омил (ТШ 4,460; 95% ФЭ: 3,393-5,863) ба таври назаррас зиёд менамояд.

Ҳангоми омӯхтани хусусияти шуғли таҳқиқшудагон ва таъсири он ба пайдошавии БВ муайян карда шуд, ки бештари онҳо ($n=481$; 32,7%) коргарони хоҷагии халқ буданд. Дар ҷои дуюм аз ҷиҳати миқдор кормандони соҳаи тиб ($n=444$; 30,2%), баъдан соҳибхоназанҳо ($n=389$; 26,5%), муаллимон ($n=85$; 5,8%), дӯзандаҳо ($n=35$; 2,4%) ва дигар касбҳо ($n=35$; 2,4%) буданд.

Дар байни гурӯҳи бидуни НМВ тамоюли ирсӣ дар 93 (6,2%) нафар дида шуд. Занҳои синну соли наслронӣ 990 нафар аз 1087 нафар буданд, аз онҳо дар 16% як ҳомила ва ё валодат буд, дар 31,2% (309 таҳқиқшудагон) 2 ва ё зиёда валодат ё ҳомилагӣ ба мушоҳида расид. Дар баробари ин, дар миёни ин гурӯҳ якҷоя шудани ду ОХ дар 24,6%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд, вобаста аз ин, вай ба пайдошавии БВ (ТШ 0,533; 95% ДИ: 0,399-0,712) таъсири назаррас нарасонид.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон дод, ки 47,6%-и таҳқиқшудагон аз ҳисоби аҳолии умумии ду ноҳия аз марҳалаҳои гуногуни БВ азият мекашиданд, ки дар инкишофи онҳо тамоюли ирсӣ, ҳомилагӣ ва валодат, вазни барзиёди бадан, мунтазам иҷро кардани коҳрҳои вазнинии ҷисмонӣ, фаъолияти тӯлонии дар ҳолати рост истодан ва нишастан иҷрошуда, синну сол, ҳамчунин ҳамҷоя шудани омилҳои зикршуда мавқеи махсус доштанд.

Симптомҳои субъективӣ ва хусусиятҳои клиники БВ. Пурсиш ва таҳқиқи беморони гирифтори БВ нишон дод, ки дар бештари ҳолатҳо васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстӣ ҳамчун нуқсонҳои косметики андомҳои поёни қабул карда мешуд, махсусан дар шахсони дорои шаклҳои беоризаи ин беморӣ. Аммо дар як қисми таҳқиқшудагон ақаллан як зухуроти субъективии БВ муайян карда шуд. Яке аз симптомҳои зиёд дучоршаванда вазнинӣ дар пойҳо буд, ки дар 376 (25,6%) нафар ба қайд гирифта шуд, бештар аз ҳама дар мардҳо (49,6%) дар муқоиса бо занҳо (19,9%) ($p < 0,001$).

Дигар симптоми субъективии паҳншудаи БВ мондашавии андомҳо буд, ки махсусан бегоҳӣ ва шабона пайдо мешуданд ва аз онҳо 321 (21,9%) нафар – 38,2% мард ва 17,9% зан шикоят мекарданд ($p < 0,001$). Он далел ҷолиби тавачҷуҳ аст,

ки ақаллан 223 (15,2%) респондент аз ҳисоби ҳамаи когортаи гирифтори БВ дорой дараҷаҳои гуногуни синдроми дард буданд ва ба онҳо диққати махсус дода намешуд ва ё мустақилона доруҳои гуногуни бедардкунанда истеъмол мекарданд ва ё ба андомҳо марҳамҳои гуногун мемолиданд. Синдроми дард дар андомҳои поёни зиёда аз 2 маротиба дар беморони ҷинси мард нисбат ба ҷинси зан, мутаносибан дар 28,9% и 11,9% ($p < 0,001$) ба мушоҳида расид.

Варами пойпанча ва ё соқҳо дар 212 (14,4%) бемор аз ҷумлаи когортаи дорой БВ ба назар расид ва зиёда дар сеяки онҳо ($n=73$; 34,4%) дар баробари ин симптомҳо ҳамчунин ихтилолҳои трофикӣ ба намуди индуратсияи ҷарбуи зерипӯстӣ ($n=45$), решҳои шифоёфта ($n=19$) ё фаъол ($n=9$) дида шуданд.

Камтар аз ҳама беморонро парестезия ва хориш/сӯзиши пӯст ноором мекард ва мутаносибан дар 19 (1,3%) ва 38 (2,6%) нафар ба ҷашм расид. Басомади дучоршавии симптомҳои субъективӣ зикршуда аз ҷиҳати ҷинс аҳамияти муҳимми омӯри надоштанд ва дар ҳама ҳолатҳо ҳангоми мавҷуд будани решҳои трофикии варидӣ дида шуданд.

Аломатҳои клиникии БВ хусусиятҳои гуногун доштанд ва аз марҳалаи беморӣ вобаста буданд. Ҳамин тавр, телангиоэктазия дорой хусусиятҳои васеъшавии рағҳои дохилипӯстии қутрашон камтар аз 1 мм, варидҳои ретикулярӣ – васеъшавии варидҳои зерипӯстии қутрашон аз 1 мм то 3 мм буд. Беморони ин гурӯҳ бар иловаи нуқсонҳои косметикӣ, аз дард, вазнинӣ ва зуд мондашавии андомҳои поёни шикоят мекарданд.

Беморони гирифтори синфи С2 дар байни шахсони таҳқиқшуда 382 (26,0%) нафарро ташкил дод, аз ҷумла 72 (25,7%) мардҳо ва 309 (26,0%) занҳо. Васеъшавии варикозии варидҳои зерипӯстӣ дар ҳавзаи ВКЗ дар 330 (86,4%) ва дар ҳазави вариди хурди зерипӯстӣ (ВХЗ) дар 30 (7,9%) нафар ҷой дошт. Дар ин беморон васеъшавии танай асосии ВКЗ ва ВХЗ дар мавзеи резиш ба варидҳои рон ё зеризону бо рефлюкси патологияи сафено-феморалӣ ё сафено-поплитеалӣ муайн карда шуд.

Синфи 3-и БВ бо НМВ дар 139 (9,5%) таҳқиқшуда муайян карда шуд. Васеъшавии варидҳои ҳавзаи ВКЗ дар аксаи бештари беморон – 117 (84,2%) нафар, ҳавзаи ВХЗ – дар 22 (15,8%) ва якҷояшавии онҳо дар 16 (11,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Дар ин категорияи беморон ғайр аз васеъшавии варикозии рағҳо, боз варамҳои гузаранда низ буданд, бештар дар мавзеи бучулак. Ба ин гурӯҳи беморон, ба ғайр аз амали ҷарроҳӣ инчунин истифодаи табобати консервативӣ (флеботоникҳо, беҳтаркунандаҳои лимфодренаж) тавсия карда шуда буд.

Беморон бо синфи 4-уми БВ тибқи таснифи СЕАР 45 нафар буданд – 3,1% дар байни тамоми беморони гирифтори БВ, ки ба таҳқиқот фаро гирифта шудаанд. Тағйироти трофикӣ бештар аз ҳама дар сатҳи медиалии сеяки миёна ва поёнии соқ ҷойгир шуда буданд. Дар зиёда аз нисфи беморони ин гурӯҳ ($n=28$; 62,2%) васеъшавии рағҳо ба системаи ВКЗ, дар 7 (15,6%) – ба системаи ВХЗ ва дар 10 (22,2%) муоинаҳо ба системаи ҳарду вариди зерипӯстӣ дохил карда мешаванд.

Ҳангоми сканеркунии дуплексӣ дар ин гурӯҳи беморон дар ҳамаи ҳолатҳо рефлюкс дар вариди зерипӯстӣ бо норасоии клапанӣ ва васеъшавии рағҳои фарӣ дар мавзеҳои ба таври трофикӣ тағйирёфтаи пӯст муайян карда шуданд.

Ғайр аз ин, ҳамеша варидҳои васеъшудаи перфоранти (зиёда аз 2 мм) дар тарафи медиалии сеяки миёна ва поёнии соқ муайян карда шуданд. Тавсияҳо барои ин гурӯҳ усулҳои ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо табобати консервативӣ буданд.

Беморони синфҳои С5 ва С6 БВ дар байни шахсони таҳқиқшуда 29 (2,0%) нафар буданд. Дар ин ҷо басомади мардон нисбат ба занон бартарӣ дошт. Сабабҳои дер мурочиат намудани беморони ин гурӯҳҳо огоҳии нокофӣ доштани онҳо дар бораи мавҷуд будани усулҳои муосири табобати ин беморӣ, ғайри қаноатбахш будани усулҳои гузаронидашудаи табобат дар маҳалли зист, ташхиси тиббии пасти беморӣ, ҳамчунин худтабобаткунии беморон буданд. Барои беморони ин синфҳои БВ низ табобати дахлдор тавсия карда шуд – ҷарроҳии мураккаб, бо фарогирии флебэктомиаи омехта, резексияи вариди калони қафои соқ, диссексияи гурӯҳи медиалии перфорантҳо бо усули Савелев-Константинов тавсия карда шуд.

Интиҳоби усули табобати БВ ва натиҷаҳои онҳо. Тактикаи табобати беморон бо БВ аз марҳала ва мавҷуд будани оризаҳо вобастагӣ дошт. Аз 1469 нафари дорои БВ минбаъд 197 нафар табобат гирифт, аз ҷумла ба 95 нафар склеротерапия, ба 102 нафар – табобати ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

Дар байни 95 нафаре, ки ба онҳо склеротерапия гузаронида шуд, занҳо 71 (74,7%), мардҳо – 24 (25,3%) нафар буданд, синну соли миёнаи онҳо $32,4 \pm 5,6$ солро ташкил дод. Мо ду усули склеротерапияро истифода намудем – бо истифодаи шакли моеъ ($n=45$) ва кафки ($n=50$) склерозант. Ҳарду гурӯҳ аз ҷиҳати ҷинс (мутаносибан 25% мард ва 75% зан ва 24% мард ва 76% зан; $p>0,05$), ва аз рӯи синну сол ($32,3 \pm 5,4$ ва $32,7 \pm 6,1$ мутаносибан; $p>0,05$) ва шохиси массаи бадан (мутаносибан $24,1 \pm 2,3$ ва $24,3 \pm 2,5$ кг/м²; $p>0,05$) фарқияти назаррас надоштанд ($p>0,05$).

Ба сифати склерозантҳо маҳлули 0,5-3%-и натрий тетрадецилсулфат («Фибровейн»®) (Рамз АТХ: С05ВВ04) ($n=49$) ё маҳлули 1-3%-и полидоканол («Этоксисклерол»®) (Рамз АТХ: С05ВВ02) ($n=46$) ба кор бурда шуд.

Протсекураи склеротерапияро мо то 4 сеанс гузаронидем, чунки дар бештари ҳолатҳо облитератсияи ҳамаи варидҳо баъди як протсекура тақрибан имконнопазир аст. Вобаста аз ин, бо мақсади бартарарф намудани варидҳои боқимонадаи облитератсиянашуда, баъди 15-45 рӯз мо протсекураи такрориро гузаронидем. Пас аз протсекура ба ҳамаи беморон гирифтани ҷорубҳои компрессионӣ ва докапеч кардани андомҳо дар давоми вақти муайян, ҳамчунин коркарди ҳаррӯзаии тамоми андом бо маҳлули антисептикӣ (маҳлули 76% спирт) тавсия карда шуд.

Ҳангоми гузаронидани склеротерапия зухуроти гуногуни иловагии манфӣ ва оризаҳо, бештар аз ҳама ҳангоми истифода намудани намуди моеъи склерозант ба мушоҳида расид (ҷадвали 5). Таҳқиқот нишон дод, ки дар ҳар як бемори даҳум ($n=10$; 10,5%) бинобар калон будани қутри сӯзан ва баромадани хун аз ҷавфи варид баъди склеротерапия хунравии дохилипӯстӣ ва зерипӯстӣ дида мешавад, ки табобати фаъолро тақозо намекунанд. Танҳо дар як ҳолат пас аз склеротерапия бо склерозанти моеъ гиперпигментататсияи устувори мавзеии пӯст пас аз хунравии дохилипӯстӣ ва таҷзияи эритроцитҳо бо таҳшин шудани гемосидерин дар он ба мушоҳида расид.

Аксуламали мавзеии аллергӣ нисбат ба склерозант дар 8,4%-и беморон бо бартари он пас аз истифодаи намуди моеъи склерозант дида шуд. Яке аз

оризаҳои даҳшатноки склеротерапия некрози мавзеҳои пӯст мебошад, ки аз сабаби номуносиб иҷро намудани процедура ва ё кафидани телеангиоэктазия ба вучуд меояд, дар заминаи он склерозант ба зери пӯст меафтад. Ҳамин гуна ориза дар 3 (3,2%) бемор дида шуд ва муоинаи мунтазаму захмбандии ҳаррӯзаро талаб кард.

Ҷадвали 5. –Хусусиятҳои оризаҳо ва самаранокии склеротерапия

Хусусияти ориза	Ҳамагӣ (n=95)	Шакли склерозант		p
		моеъ (n=45)	кафкӣ (n=50)	
Хунравии дохилипӯстӣ ва зерипӯстӣ	10 (10,5%)	7 (15,6%)	3 (6%)	<0,001
Аксуламали аллергӣ	8 (8,4%)	6 (13,3%)	2 (4%)	<0,001
Фоликуллит	3 (3,2%)	2 (4,4%)	1 (2%)	>0,05
Некрози мавзеи пӯст	3 (3,2%)	2 (4,4%)	1 (2%)	>0,05
Осеби фасодӣ-септикий пӯст	2 (2,1%)	1 (2,3%)	1 (2%)	>0,05
Нафаситангии транзиторӣ	2 (2,1%)	0	2 (4%)	-
Ҳамагӣ	28 (29,5%)	18 (40,0%)	10 (20,0%)	<0,001
Самаранокии процедура:	88 (92,6%)	40 (88,9%)	48 (96%)	<0,001
1 сеанс	42 (44,2%)	17 (37,8%)	25 (50,0%)	<0,001
2 сеанс	85 (89,5%)	39 (86,7%)	46 (92,0%)	<0,001
3 сеанс	87 (91,6%)	40 (88,9%)	47 (94,0%)	<0,001
4 ва бештар сеанс	91 (95,8%)	41 (91,1%)	50 (100,0%)	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (мувофиқи критерияи χ^2)

Оризаи хоси фақат склеротерапияи кафкӣ - эмболияи микроҳавоии шоҳаҳои шарёи шушӣ, ки дар натиҷаи аз меъёри муқарраршуда зиёд шудани андозаи ҳаво (меъёр то 15 мл ҳаво дар шакли кафкӣ склерозант) дар 2 (2,1%) ҳолат дар оғози татбиқ ва азхудкунии усули склеротерапия ба мушоҳида расид. Бо мақсади профилактикаи чунин ориза мо минбаъд ҳангоми гузаронидани процедура пешакӣ дар мавзеи сеяки болоии рон бандинаи фишордиҳанда гузоштем, ки он имконият дод то ба маҷрои умумии хуни варидӣ афтидани склерозанти кафкӣ пешгирӣ карда шавад. Қатъ кардани сулфайи рефлаторӣ ва каме нафасангӣ бо табобати ҳормоналӣ – дексаметазон 4 мг – 1,0 дохиливаридӣ оҳиста, ҳамчунин варзиши нафаскашӣ муолиҷа карда шуданд.

Самаранокии ҳуби склеротерапия пас аз як сеанс дар 44,2% бемор (шакли моеъ 37,8%, шакли кафкӣ – 50%) ба қайд гирифта шуд. Барои зиёда аз нисфи беморон зарурати гузаронидани курсҳои такрорӣ склеротерапия ба миён омад, ки самаранокии он то 95,8% баланд гашт. Бояд қайд кард, ки дар муқоиса аз склерозанти моеъ шакли кафкӣ он таъсири дарозтар дорад, бо хун шӯста намешавад, ва ба маротибаи миқдори сеансҳо кам мекунад.

Ҳамин тавр, таҷрибаи истифодаи склеротерапия нишон дод, ки ин усул самаранок ва каминвазивии табобати варикози ретикулярӣ ва телеангиоэктазия ба ҳисоб меравад. Самаранокии баланд ва миқдори камтари оризаҳо ҳангоми истифода намудани шакли кафкӣ склерозант ба назар мерасад.

Флебэктомияи омехта ва ОДВЛ дар табобати синфҳои С2-С3 БВ. Синфҳои клиникалии С2-С3 БВ дар 521 нафар дида шуданд, танҳо 102 (19,6%) нафари онҳо

барои табобати минбаъдаи чарроҳӣ мурочиат намудаанд. Аз ҷумлаи онҳо занҳо 77 (75,5%), мардҳо – 25 (24,5%) нафар буданд. Ҳангоми таҳқиқот дар ҳамаи беморон норасоии клапанҳои варидаҳои магистралии зерипӯстӣ, ҳамчунин рефлюксҳои патологӣи вертикалӣ ё горизонталӣ муайян карда шуд.

Дар ин гурӯҳ, асосан беморони дорои васеъшавии варикозии рағҳо мувофиқи системаи варидаи калони зерипӯстӣ (ВКЗ) дохил шуда буданд. Иллатҳои варидаи хурди зерипӯстӣ (ВХЗ) ҳамагӣ дар 5 бемор ба қайд гирифта шуд. Аз ин гурӯҳҳо дар 52 бемор флебэктомиаи анъанавӣ омехта, дар 50 бемор облитератсияи дохиливаридаи лазерӣ бо минифлебэктомиа иҷро карда шуд.

Фарқиятҳои муҳим дар байни ду гурӯҳи флебэктомиаи анъанавӣ омехта ва облитератсияи дохиливаридаи лазериро аз сар гузаронида дида нашуд. Бояд қайд кард, ки васеъшавии якҷояи танаи варидаи калон ва хурди зерипӯстӣ дар 5 (4,9%) бемор дида шуд – дар 3 (5,8%) бемори амалиёти чарроҳӣ анъанавӣ ва 2 (4%) беморӣ дохиливаридаи аз сар гузаронида (ниг. ба қадвали 1).

Облитератсияи дохиливаридаи лазерии танаи варидаи калони зерипӯстӣ таҳти назорати дохиличарроҳӣ ултрасадоӣ гузаронида шуд. Марҳалаҳои гузаронидани ин чарроҳӣ инҳоро дар бар гирифтааст: тазриқи варидаҳо, гузаронидани ва ҷойгиркунии роҳнамои нури лазерӣ таҳти назорати ултрасадоӣ; васл кардани нӯги охири равшанибар болотар аз шохоби халиҷии проксималӣ ё 1,5-2 см дуртар аз резиши сафено-феморалӣ; гузаронидани анестезияи атрофи варидаи ва марҳалаи бевоситаи коагулятсия.

Ҳангоми истифода намудани роҳнамои нури нахҳои ниҳой дар 12 ҳолат ОДВЛ бо кроссэктомиа якҷоя карда шуд, ҳангоми намуди эмиссияи радиалӣ (n=38) - бе кроссэктомиа.

Барои ОДВЛ мо аз дастгоҳи лазерии ЛАХТА-МИЛОН, истеҳсоли гурӯҳи ширкати «МИЛОН» бо дарозии мавҷи 1 470 нм. истифода намудем. Ҳангоми истифода кардани роҳнамои нури лазерии намуди нахи ниҳой бо тавоноии 10 Вт, типии радиалиро - 7-8 Вт дар речаи бефосила ба кор бурдем.

Усули стандартӣ ба кор бурдани роҳнамои нури дар танаи ВКЗ тазриқӣ дар сатҳи сеяки болоии соқ ё дар сатҳи буғуми зону мебошад. Таҷрибаи амалӣ нишон дод, ки на дар ҳамаи ҳолатҳо идентификатсияи танаи ВКЗ дар мавзёҳои зикршуда бинобар спазми онҳо он дар натиҷаи анестезия ва ҳам вариатсияи сохтори анатомӣ имконпазир аст. Вобаста аз ин, мо дастраскунии танаи ВКЗ-ро ҳангоми ОДВЛ такмил додем ва барои ин пешниҳод патенти Ҷумҳурии Тоҷикистонро таҳти № ТҶ 1326 аз 06.12. с.2022 гирифтём.

Усули ҷунин амалӣ карда мешавад: пӯстро каме ба 2-3 мм бо ёрии скалпели чашмии №11 дар мавзеи бучулаки медиалӣ, дар ноҳияи сегменти проксималии танаи ВКЗ сӯроҳ мекунад. Бо ёрии чангаки Варади (2,0-3,0 мм) эҳтиёткорона танаи варидро ҷудо мекунад ва бо ёрии қафи чангаки дигар асаби пӯстиро аз девораи он ҷудо мекунад. Қисми проксималии варидро бо бандинаи (зажим) навъи «москит» меқапанд ва барои ворид кардани роҳнамои лазерӣ бо ёрии сӯзан дар девораи варидаи сӯроҳии тӯлонии қутраш 3,0 мм месозанд. То ворид кардани роҳнамои нури бо мақсади пешгирӣ намудани спазм 2,0-3,0 мл ба дохили варида маҳлули 0,5%-и новокаинро ворид менамоянд. Такмил додани усули мобилизатсияи танаи ВКЗ бо ёрии чангаки Варади дар мавзеи бучулаки медиалӣ на танҳо варидро хеле муносиб ҷудо мекунад, балки осебҳои асабҳои

пӯст ва ба вучуд омадани хадшаҳои дағалро пешгирӣ менамояд. Ҳамчунин хангоми истифода намудани он зарурати истифода кардани интрадүссерҳои махсус аз байн меравад. Миқдори кофии беморони ҷарроҳишуда ($n=35$) имконият медиҳад, ки истифодаи ин усул барои истифодаи васеи амалӣ тавсия карда шавад.

Дар гурӯҳи бемороне, ки ба онҳо флебэктомияи анъанавӣ гузаронида шуда буд, усулҳои зерин истифода шуданд: кроссэктомия, стриппинги танаи вариди калони зерипӯстӣ бо зонди Беббкок дар мавзеи рон ва соқ, бурида гирифтани варидаҳои фаръии соқ бо усули Нарат ва бастании тариқипӯстии рағҳои васеъшудаи абберантнии қутрашон майда бо усули Соколов иҷро карда шуд.

Давомнокии миёнаи флебэктомияи анъанавӣ $85,2 \pm 15,4$ дақиқа, ОБВЛ - $106,8 \pm 17,2$ дақиқаро ташкил доданд ($p < 0,001$).

Дар байни 102 бемор оризаҳои дохилиҷарроҳӣ дар 3 (2,9%) ҳолат ба қайд гирифта шуд, аз ҷумла дар як бемор хангоми гузаронидани флебэктомияи омехта. Яке аз оризаҳои муҳим хангоми ОДВЛ сӯрохшавии танаи ВКЗ ва экстравазатсияи роҳнамоии нурии лазерӣ ва баъдан сӯхтагии сохторҳои нарми паравазали ва пӯст буд.

Дар гурӯҳи бемороне, ки амалиётҳои ҷарроҳии анъанавиро аз сар гузаронидаанд, ду ҳолати оризаҳои дохилиҷарроҳӣ – осеби коллектори лимфатикии ноҳияи қадкашак ва шараёни сатҳии ҳамкунандаи устухони тигигоҳ ба мушоҳида расид. Дар ҳолати якум гиреҳи лимфавӣ бурида гирифта шуда рағҳои лимфавӣ дӯхта шуданд. Дар ҳолати дигар васеъ кардани ҷароҳат бо мақсади дарёфти нӯгҳои шараён ва бастании онҳо бо мақсади ба даст овардани гемостази ниҳой сурат гирифт. Барои ин 30 дақиқа зарур шуд.

Ҳамин тавр, таҷрибаи амалии мо нишон дод, ки хангоми иҷро намудани ҳама гуна амалиётҳои ҷарроҳӣ дар дар системаи вариди зерипӯстӣ аз хусуси БВ мумкин аст, ки оризаҳо ба амал оянд. Ин асосан, ба норасоии малакаҳои амалии ҷарроҳӣ амалкунанда ва ҳам аз вариатсияҳои анатомии системаи варидаҳои андомҳои поёнӣ вобаста аст.

Муҳлати миёнаи бистарӣ шудани бемороне, ки флебэктомияи анъанавиро аз сар гузаронидаанд, $4,1 \pm 0,9$ шабонарӯз, пас аз ОДВЛ – $1,2 \pm 0,4$ шабонарӯзро ташкил доданд ($p < 0,001$). Дар давраи барвакти пас аз ҷарроҳӣ (то 30 шабонарӯзи пас аз ҷарроҳӣ) шикоятҳои беморон, ҳолати умумии онҳо, маълумотҳои муоинаи ҷисмонӣ ва андомҳои ҷарроҳишуда баҳогузорӣ карда шуд. Баҳогузориҳои муқоисавии хусусияти ҷараёни синдроми дард дар давраи барвакти пас аз ҷарроҳӣ дар бемороне, ки амалиётҳои ҷарроҳии анъанавӣ ва каминвазивиро аз сар гузаронидаанд, дар ҷадвали 6 оварда мешавад.

Тавре ки аз ҷадвал бармеояд, ҳамаи беморон дар шабонарӯзи аввал аз синдроми дард шикоят доштанд, ки он аз андоза ва миқёси осеби расонидашуда вобаста аст. Бояд қайд кард, ки дар гурӯҳи бемороне, ки амалиёти ҷарроҳии анъанавиро аз сар гузаронидаанд, бинобар калон будани бурришҳои синдроми дард возеҳ буд назар ба бемороне, ки табобати каминвазивиро гирифтаанд. Вобаста аз ин, барои қатъ кардани дард ва ё кам кардани шиддати он пас аз флебэктомияи анъанавӣ, назар ба ОДВЛ ҳаҷми зиёдтари анестетикҳо зарур шуд. Бояд қайд кард, ки вобаста аз кам будани инвазияи ОДВЛ бо минифлебэктомия барои беморони ин гурӯҳ асосан доруҳои зиддилтиҳобии ғайристероидӣ таъйин

карда шуд, ҳол он ки зиёда аз нисфи беморон ($n=32$; 61,5%) пас аз амалиёти чарроҳии анъанавӣ ба аналгетикҳои наркотикӣ ниёз доштанд. Аз шабонарӯзи дуум сар карда, пас аз чарроҳӣ хеле кам шудани шиддатнокии синдроми дард дида мешавад ва дар бештари мавридҳо беморони ҳарду гурӯхро истеъмоли анестетикҳо танҳо шабона лозим шудааст. Аммо 12 (11,8%) бемор ҳангоми рухсат шудан истифодаи воситаҳои аналгезии синфи неопиоидро давом доданд.

Чадвали 6. – Динамикаи тағйироти дараҷаи эҳсосоти дард ва талабот ба аналгезия пас аз флебэктомияи омехта ва ОДВЛ

Усули таботат	Нишонд иханда	Мухлати муоина пас аз чарроҳӣ (шабонарӯз)						p1
		1	2	3	4	5	30	
Флебэктомия и анъанавӣ	n, %	52 (100%)	50 (96,2%)	43 (82,7%)	32 (61,5%)	21 (40,4%)	10 (19,2%)	<0,001
	Ҳолл бо ШБА	7,2±1,1	5,5±0,9	4,2±0,7	3,8±0,5	2,6±0,4	1,5±0,2	<0,001
	Ҳачми анестетик (мл)	7,9±2,1	5,1±1,8	4,3±1,5	3,1±0,9	2,1±0,8	0	<0,001
Облитератсияи дохиливари ридии лазерӣ	n, %	50 (100%)	41 (82,0%)	20 (40,0%)	17 (34,0%)	11 (22,0%)	2 (4,0%)	<0,001
	Ҳолл бо ШБА	5,2±0,9*	3,8±0,7*	2,1±0,6*	1,8±0,5*	1,2±0,3*	0,5±0,1*	<0,001
	Ҳачми анестетик (мл)	3,8±1,4*	3,2±1,3*	2,4±1,1*	0,9±0,5*	0,6±0,3*	0	<0,001

Эзоҳ: p1 – аҳамияти омории фарқияти байни нишондихандаҳо дар динамикаи муоина (мувофиқи критерияи Фридман), * $p<0,05$ ҳангоми муқоиса кардан бо ҳамин гуна нишондодҳо дар гурӯҳи бо флебэктомияи анъанавӣ (тибқи критерияи χ^2).

Муоина кардани беморон нишон дод, ки пас аз флебэктомияи анъанавӣ синдроми возеҳи дард дар давоми ҳафтаи аввал ба мушоҳида расид, замоне ки дар беморон пас аз ОДВЛ – дар давоми 3 шабонарӯз дида шуд. Давомнокии истеъмоли доруҳои бедардкунанда пас аз флебэктомияи анъанавӣ ба ҳисоби миёна $7,5\pm 0,7$ шабонарӯзро таққил дод, дар гурӯҳи пас аз ОДВЛ - $3,5\pm 0,5$ шабонарӯз буд.

Ҳамчунин дар марҳалаи барвақти пас аз чарроҳӣ мо андомҳои чарроҳишуда, аз ҷумла ҳолати пӯст ва захмиҳои пас аз чарроҳӣ, мавҷуд будан ва майдони эҳкимозҳо ва хуномосҳо, гиперпигментатсия ва вучуд доштани флебит пас аз ОДВЛ, вучуд доштан ва майдони парестезияи пӯсти соқ, ҳамчунин давомнокии пурра барқарор шудани функцияҳои тақягоҳӣ, қатшавӣ ва ростшавии андоми чарроҳишударо баҳогузорӣ намудем.

Дар 93 (91,2%) бемор дар давраи пас аз чарроҳӣ эҳкимозҳои масоҳати гуногун ба назар расид. Эҳкимозҳо дар ҳарду гурӯҳ бе фарқиятҳои муҳим-мутаносибан 96,2% ва 86,0% пас аз флебэктомияи омехта ва ОДВЛ ($p>0,05$) вохӯрданд.

Хусусиятҳо ва басомади осризаҳои пас аз чарроҳӣ ҳангоми истифода кардани ду усул- флебэктомияи омехта ва ОДВЛ бо минифлебэктомия дар чадвали 7 нишон дода шудааст.

Чадвали 7. – Хусусиятҳои оризаҳои пайдошуда дар муҳлатҳои гуногуни пас аз флебэктомияи анъанавӣ ва ОДВЛ

Оризаҳо	Флебэктомияи анъанавӣ (n=52)	ОДВЛ бо минифлебэктомия (n=50)	P
Гематома	2 (3,9%)	2 (4%)	>0,05
Лимфорея	1 (1,9%)	1 (2%)	>0,05
Фасод гирифтани захм	2 (3,9%)	0	>0,05
Осеб дидани асаби пӯстӣ	14 (26,9%)	2 (4,0%)	<0,01
Ҳамагӣ	19 (36,5%)	5 (10%)	<0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории нишондиҳандаҳои гуногуни байни гурӯҳҳо (тибки критерияи χ^2)

Тавре ки аз чадвали пешниҳодшуда бармеояд, басомади умумии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ фарқияти зиёд доштанд ва бештар дар гурӯҳи бемороне дида шуданд, ки бо усулҳои анъанавӣ ҷарроҳӣ шудаанд. Яке аз оризаҳои муҳимми хангоми ҷарроҳӣ дар вақти табобати беморони дорои БВ рухдиҳанда осеби асаби пӯст ва ё шохаҳои он мебошад, ки боиси суст шудан ва ё пурра қатъ шудани ҳассосияти пӯсти сатҳи медиалии буғуми соқу попанча ва соқ мегардад. Бояд қайд кард, ки асаби зикршуда дар мавзеи соқ бо вариди калони зерипӯстӣ ниҳоят зиёд ҷафс шуда онро ҳамроҳӣ мекунад ва хангоми мобилизатсия ва бастании шохаҳои «панҷаи мурғобӣ» аксар вақт асаби пӯст осеб мебинад. Парестезия метавонад, ки дар натиҷаи таъсиррасонии механикӣ ва термикӣ ба n. safenus хангоми ОДВЛ дар мавзеи проксималӣ ба амал ояд. Дар байни беморони мо дар 14 (26,9%) нафар пас аз флебэктомияи анъанавӣ ва дар 2 (4%) нафар пас аз ОДВЛ бо эмиссияи ниҳой парестезия пайдо шуд ($p < 0,05$). Ба ин беморон ба мuddати 6 моҳ табобати консервативӣ таъйин карда шуд.

Майдони миёнаи парестезияи пӯст дар беморон пас аз флебэктомияи омехта $16,2 \pm 2,4$ см², пас аз ОДВЛ $1,4 \pm 0,6$ см².-ро ташкил дод. Дар охири моҳи аввал танҳо дар як беморе, ки ОДВЛ ва 5 бемори флебэктомияи омехтаро аз саргузаронидааст пурра барқарор шудани ҳиссиёти пӯст ба мушоҳида расид. Дар 10 (9,8%) бемори боқимонда зарурати гузаронидани курси табобати консервативӣ бо мақсади зудтар барқарор намудани ҳассосияти пӯст ба миён омад, ки барои ин ба ҳисоби миёна $170,5 \pm 25,5$ шабонарӯз лозим шуд. Парестезияи устувор дар давраи дури табобат дар ягон бемор ба мушоҳида нарасид.

Дигар оризаҳо (фасодгирӣ, лимфорея ва гематома) дар беморони ҳарду гурӯҳ бо ҷорабиниҳои консервативӣ баргараф карда шуданд ва ба ҷарроҳҳои такрорӣ зарурат намонд.

Ҳангоми муқоиса кардани флебэктомияи анъанавӣ омехта ва ОДВЛ бо илова кардани минифлебэктомия беҳтаршавии назаррасии натиҷаҳои усули дуҷум аз ҷиҳат косметикӣ ва эстетикӣ дида шуд.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти аз тарафи мо гузаронидашуда нишон дод, ки хангоми синфи С1 БВ аз ҳама усули самараноки табобат склеротерапия ба ҳисоб меравад. Самаранокии склеротерапия хангоми истифода намудани шакли кафкӣ склерозант боз ҳам баландтар мегардад.

Ҳангоми иллати танай вариди калон ва хурди зерипӯстӣ ва шохаҳои онҳо минифлебэктомия ҳамчун усули иловагӣ бар облитератсияи дохиливаридии лазерӣ ё дигар усули ҷарроҳӣ доништа мешавад. Ҳангоми таҳлил кардани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ миқдори ками пайдошавии онҳо хангоми истифода

намудани технологияҳои лазерӣ ва роҳнамои нури бо эмиссияи радиалӣ муайян карда шуд.

Муқоиса кардани натиҷаҳои флебэктомияи анъанавӣ ва ОДВЛ бартарии дуҷумро нишон доданд. Бартарии усулҳои каминвазивӣ дар муқоиса аз анъанавӣ дараҷаи пасти синдроми дарди пас аз ҷарроҳӣ ва муҳлати ниҳоят ками вучуд доштани он дар давраи пас аз ҷарроҳӣ мебошад, ки боиси зуд барқарор шудани қобилияти кори беморони дорои БВ пас аз ҷарроҳӣ мегардад.

ХУЛОСАҲО

1. Қариб нисфи (47,6%) аҳолии таҳқиқшуда аз марҳалаҳои гуногуни бемории варикозӣ азият мекашиданд, бо бартарии ҳиссаи занон ва нафарони синну соли ҷавон ва миёна. Дар натиҷаи васеъ шудани варидҳои магистрالي зерипӯстии андомҳои поёни 19,2%-и гурӯҳи таҳқиқшуда ба табобати ҷарроҳӣ эҳтиёҷ доштанд, аз ҷумла 0,6% аз хусуси муддати тӯлонӣ вучуд доштани реше трофикии варидӣ [1-М, 2-М, 6-М, 7-М, 9-М].

2. Ба инкишофи бемории варикозӣ омилҳои ба монанди тамоюли ирсӣ, ҳомилагии ва миқдори валодат, вазни барзиёди бадан, сарбориҳои мунтазами ҷисмонӣ, корҳои тӯлонии дар ҳолати рост истодан ва нишастан иҷрошуда, синни аз 18-сола зиёд ва ҳамҷоягии ин омилҳо таъсири муҳим расониданд. Якҷоя шудани якҷанд омилҳои хатари пайдошавии бемории варикозӣ аҳамияти муайянкунанда дорад: дар гурӯҳи асосӣ, агар як омил дар 402 (27,4%) нафар ба мушоҳида расида бошад, пас омехташавии 2 ва зиёда омилҳо дар 1093 (74,4%) нафари ҳамаи беморони ин гурӯҳи таҳқиқшуда муайян карда шуд [1-М, 2-М, 8-А].

3. Ҳаҷми расонидани ёрии тиббии тахассусӣ ба беморони гирифтори бемории варикозӣ пеш аз ҳама аз марҳалаи беморӣ вобаста дошт. Дар марҳалаҳои аввалии беморӣ склеротерапия самараноктар мебошад. Истифода намудани шакли кафкии склерозант ҳангоми склеротерапия дорои оризаҳои кам ва самаранокии баланди табобатӣ аст. Дар беморони дорои БВ бидуни тағйиротҳои трофикии истифода намудани технологияҳои муосури каминвазивӣ имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои ниҳоят хуб ба даст оварда шавад. Ҳангоми шаклҳои оризаноки беморӣ истифодаи якҷояи усулҳои анъанавии амалиётҳои ҷарроҳӣ қобили қабул аст [4-М, 5-М, 10-М, 11-М].

4. Усулҳои татбиқшудаи каминвазивии табобати бемории варикозӣ бартарии худро аз ҷиҳати ба таври назаррас коҳиш додани миқдори оризаҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ ва муҳлати бистаришавӣ ва қобилияти корношоямии муваққатӣ нишон доданд. Облитератсияи дохиливаридии лазерӣ дар муқоиса аз флебэктомияи анъанавӣ сатҳи нисбатан пасттари синдроми дард, оризаҳои хеле ками пас аз ҷарроҳӣ, муҳлатҳои нисбатан кӯтоҳтари реабилитатсияи пас аз ҷарроҳӣ ва самаранокии хуби косметикӣ ҳамроҳӣ мекунанд [3-М, 4-М, 5-М, 10-М, 11-М, 12-М, 13-М, 14-М, 15-М, 16-М].

ТАВСИЯҲОИ АМАЛӢ БАРОИ ИСТИФОДАИ НАТИҶАҲО

1. Чорабиниҳо оид ба сари вақт ошкор намудани бемории варикозӣ дар марҳалаҳои барвақти он тавассути такмил додани дониш ва иттилоотнокии табибони соҳаҳои гуногун дар маҳалҳо ва тайёр намудани мутахассисон барои

минтақаҳои деҳоти ҷумхури бояд пурзӯр карда шаванд.

2. Бо мақсади беҳтар намудани чорабиниҳои профилактикӣ ва таъботи дар шахсони гирифтори омилҳои гуногуни хатари пайдошавии бемории варикозӣ таълиғоти васеи тарзи ҳаёти солим ва сари вақт таъбот кардани беморӣ зарур аст.

3. Беҳтар кардани қорҳои сантавиву маърифати қоргарон ва таълиғот дар байни аҳоли бо мақсади баланд бардоштани иттилоотнокии онҳо оид ба усулҳои муоширу каминвазивии таъботи бемории варикозӣ.

4. Ба таври васеъ таъбиқ намудани усулҳои каминвазивии таъбот тибқи нишондодҳо ҳам дар шароити амбулаторӣ ва ҳам статсионарӣ.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дарачаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1–М]. Солиев, О.Ф. Эпидемиология хронических заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана [Текст] / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, Е.Л. Калмыков, А.Д. Гаибов, Дж.С. Додхоев, О. Неъматзода // Флебология. – 2019. – Т. 13, № 4. – С. 303-309.

[2–М]. Солиев, О.Ф. Важнейшие аспекты эпидемиологии, факторов риска и лечения варикозной болезни / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, С.П. Курбанов, Н.Р. Курбанов, И.Н. Хван, Ш.Ш. Амонов // Вестник Авиценны – 2020. – Т. 22, № 2. – С. 320-328.

[3–М]. Солиев, О.Ф. Эффективность эндовенозной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов, О. Неъматзода, С.П. Курбанов, У.Т. Гульмурадов, И.Н. Хван // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – № 4. – С. 49-55.

[4–М]. Солиев, О.Ф. Нақши усулҳои инноватсионӣ дар таъботи бемории варикозӣ / О.Ф. Солиев // Авҷи зуҳал. – 2021. - № 4. – С. 133-140.

[5–М]. Солиев, О.Ф. Эпидемиология и факторы риска варикозной болезни в Таджикистане / О.Ф. Солиев, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Е.Л. Калмыков // Вестник Авиценны – 2023. – Т. 25, № 1. – С. 331-343.

[6–М]. Солиев О.Ф. Место склеротерапии в лечение варикозной болезни / О.Ф. Солиев, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Б.Г. Муминзода, Х.А. Юнусов // Здравоохранение Таджикистана. – 2023. – № 2. – С. 77-86.

[7–М]. Солиев О.Ф. Результаты одномоментного хирургического лечения варикозной болезни и синовиальной кисты подколенной области / О.Ф. Солиев, О. Неъматзода, А.Д. Гаибов, Д.Д. Султанов, Х.А. Юнусов, Б.Г. Муминзода // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 48-59.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо нашршуда.

[8–М]. Солиев, О.Ф. Распространенность заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана / О.Ф. Солиев, Д.Д. Султанов // Материалы XXIII Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (26-29 ноября 2017 г.). – Москва, 2017. – С. 262-263.

[9–М]. Солиев, О.Ф. Факторы риска развития варикозной болезни / Д.Д. Султанов, У.М. Авгонов, Х.А. Джаборов // Материалы 65-й годичной международной научно-практической конференции ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» (23-24

- ноября 2017 г.). – Душанбе, 2017. – Т. 1. – С. 354-355.
- [10–М]. Солиев, О.Ф. Распространенность варикозной болезни среди медицинских работников / Д.Д. Султанов, Х.А. Джабаров // Материалы XXXIV международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Перспективы развития сосудистой хирургии в стране и регионах» (13-15 сентября 2018 г.). – Ярославль, 2018. – С. 447.
- [11–М]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка эффективности и безопасности различных форм склеротерапии / Д.Д. Султанов, А.Х. Зугуров, Ш.М. Буриева // Материалы XXIV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (25-28 ноября 2018 г.). – Москва, 2018. – С. 102.
- [12–М]. Солиев, О.Ф. Изолированная флебэктомия расширенных притоков большой подкожной вены в лечении варикозной болезни / Д.Д. Султанов, Н.Р. Курбанов, Х.А. Джабаров // Материалы Конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистой системы и соматических заболеваний» (26-27 апреля 2019 г.). – Душанбе, 2019. – С. 374.
- [13–М]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка миниинвазивных методов лечения при изолированной форме варикозной болезни / Д.Д. Султанов, Х.А. Джабаров, Ф.Д. Сайдалиев // Материалы XXV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов (10-13 ноября 2019 г.). – Москва, 2019. – С. 111.
- [14–М]. Солиев, О.Ф. Сравнительный анализ результатов эндовенозной лазерной коагуляции 1470 нм с использованием различных видов световода / Д.Д. Султанов, У.Т. Гульмурадов, Х.А. Юнусов, Х.А. Джабаров, С.П. Курбанов // Материалы 12-го Санкт-Петербургского Венозного форума (Рождественские встречи) (28-30 ноября 2019 г.). – Санкт-Петербург, 2019. – С. 97-98.
- [15–М]. Солиев, О.Ф. Инновационные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей / Д.Д. Султанов, С.П. Курбанов, Ш.М. Буриева // Материалы международной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии» (26 сентября 2020 г.). – Душанбе, 2020. – С. 76-77.
- [16–М]. Солиев, О.Ф. Сравнительная оценка эффективности миниинвазивных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей / О.Ф. Солиев, С.П. Курбанов, С.С. Собиров // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» (24 апреля 2020 г.). – Душанбе, 2020. – С. 169.
- [17–М]. Солиев, О.Ф. Некоторые аспекты распространённости и факторов риска варикозной болезни в Таджикистане (на примере двух пилотных регионов) / О.Ф. Солиев, О. Нёматзода, Д.Д. Султанов, А.Д. Гаибов, Б.Г. Муминзода, Х.А. Юнусов // Материалы третьего венозного форума Ассоциации флебологов Узбекистана. – Ташкент, 12-13 октября 2023 г. – С. 35-36.

Рӯйхати ихтироъ

- [18–М]. Солиев О.Ф., Нёматзода О., Султанов, Дж.Д., Гаибов, А.Дж., Саидов, М.С., Юнусов Х.А., Шодизода Х.Н. Способ хирургического доступа к стволу большой подкожной вены при эндовазальной лазерной облитерации. Патент на

Фехристи ихтисораҳо

- БМВ – бемориҳои музмини варидҳо
- БВ – бемории варикози
- ВКЗ – вариди калони зерипӯстӣ
- ВХЗ – вариди хурди зерипӯстӣ
- НМВ – норасоии музмини варидӣ
- ОХ – омили хатар
- ФАО – флебэктомиаи анъанавии омехта
- ФЭ – фосилаи эътимоднок
- ТШ – таносуби шансҳо
- ОДВЛ – облитератсияи дохиливаридии лазерӣ
- СЕАР – clinical, etiology, anatomical and pathophysiology classification

АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Солиева Олимжона Фаттоевича на тему:
«Эпидемиология, факторы риска и выбор тактики лечения варикозной болезни» на
соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности
14.01.26-Сердечно-сосудистая хирургия

Ключевые слова: *варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность, эпидемиология, факторы риска, скрининг, флебэктомия, эндовенозная лазерная облитерация.*

Цель исследования. Изучить распространённость и структуру варикозной болезни среди населения Республики Таджикистан на примере двух пилотных районах и оптимизировать тактику лечения в зависимости от стадии заболевания.

Методы исследования и использованная аппаратура. Клинический и ангиологический осмотр, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, оценка малеоларного объема голени, субъективных и объективных симптомов ВБ, степени болевых ощущения после операции по визуальной аналоговой шкале, определение площади парестезии кожи медиальной лодыжки и голени. Статистические исследования проводились путем формализации данных с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Определена общая распространенность ВБ, её различные стадии и осложнённые формы среди общего населения на примере двух пилотных районов Республики Таджикистан. Различные формы ВБ среди обследованного населения выявлена у 47,6% со значимым превалированием доли телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза (59,6%). Варикозная трансформация магистральных подкожных вен с хронической венозной недостаточностью и трофическими нарушениями выявляется у 12,4% населения, зажившие или активные венозные язвы – у 0,6%.

Доказана ведущая роль наследственной предрасположенности, тяжелого физического труда (регулярное поднятие тяжестей, полевые работы), длительной сидячей или стоячей работы, высокого паритета родов, избыточной массы тела и ожирения и их сочетания в различных комбинациях, как значимых факторов риска развития варикозной болезни среди отечественной когорты пациентов.

В зависимости от формы и стадии варикозной болезни выработана тактика лечения, предусматривающая не только лечение самой патологии, но и профилактику рецидива заболевания, а также устранение корригируемых факторов риска. С целью профилактики повреждения кожного нерва в области медиальной лодыжки при эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) предложен способ выделения ствола большой подкожной вены (Патент на изобретение № ТЈ 1326 от 06.12.2022 г.).

Впервые в условиях специализированного отделения республиканского значения внедрены миниинвазивные методы (эндовенозная лазерная облитерация, минифлебэктомия, пенная склеротерапия) лечения варикозной болезни и изучена их эффективность, позволившие значимо снизить продолжительность госпитализации, частоту послеоперационных осложнений, а также улучшить косметическую эффективность проводимого лечения, положительно влияющие на качество жизни пациентов.

Рекомендация по использованию. Необходимо усилить мероприятия по своевременной выявляемости ВБ в её ранних стадиях путем повышения знаний и информированности врачей разных специальностей на местах и подготовки специалистов для сельских регионов республики. Шире внедрять миниинвазивные методы лечения по показаниям как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

Область применения: Сердечно-сосудистая хирургия.

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Солиев Олимжон Фаттоевич дар мавзуи «Эпидемиология, омилҳои хатар ва интихоби тактикаи табобати бемории варикозӣ» барои дарёфти дараҷаи илми номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси
14.01.26-Чарроҳии дил ва рағҳои хунгард

Калимаҳои калидӣ: бемории варикозӣ, норасогии музмини варидӣ, эпидемиология, омилҳои хатар, скрининг, флебэктомия, облитератсияи дохиливаридии лазерӣ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани паҳншавӣ ва сохтори бемории варикозӣ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мисоли ду ноҳияҳои таҷрибавӣ ва оптимизатсияи тактикаи табобат вобаста аз марҳалаҳои беморӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи дастгоҳҳо: Муоинаи клиникӣ ва ангиологӣ, сканеркунии ултрасадоии дуплексии рағҳо, баҳодиҳии ҳаҷми малеолярии соқҳо, симптомҳои субъективӣ ва объективии БВ, дараҷаи эҳсосоти дарди баъди ҷарроҳӣ бо истифодаи шкалаи визуалии мушобех, муайянсозии майдони парестезияи пӯсти бучулаки медиалӣ ва соқ. 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 нағонии онҳо. Паҳншавии умумии бемории варикозӣ, марҳалаҳои гуногун ва шаклҳои оризаноки он дар байни аҳолии умумӣ дар мисоли ду ноҳияи таҷрибавии Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуд. Намудҳои гуногуни БВ дар миёни аҳолии муоинашуда дар 47,6%-и онҳо бо бартари миқдори воҳурии телеангиоэктазия ва варикози ретикулярӣ (59,6%) дарёфт гардид. Трансформатсияи варикозии варидҳои магистрالي зерипӯстӣ бо норасогии музмини варидӣ ва тағйиротҳои трофикӣ дар 12,4%, решҳои сиҳатшуда ё фаъол дар 0,6%-и аҳоли муайян мегарданд.

Нақши асосии тамоюли ирсӣ, меҳнати вазнини ҷисмонӣ (мунтазам бардоштани бори вазнин, корҳои саҳроӣ), иҷро кардани корҳо дар ҳолати ростистӣ ё нишастани тӯлонӣ, миқдори зиёди валодат, вазни барзиёди бадан ва фарбеҳӣ ва ҳамҷоягии онҳо дар комбинатсияҳои гуногун ҳамчун омилҳои асосии хатари пайдошавии бемории варикози дар гуруҳи беморони ватанӣ исбот карда шуд.

Вобаста аз шаклҳо ва марҳалаҳои бемории варикозӣ тактикаи табобат коркард шуд, ки на танҳо табобати худӣ беморӣ, балки профилактикаи такроршавии он ва бартараф намудани омилҳои ислоҳшавандаи хатарро низ пешбинӣ мекунад. Бо мақсади пешгирии осеби асаби пӯстӣ дар мавзеи бучулаки медиалӣ ҳангоми облитератсияи дохиливаридии лазерӣ (ОДВЛ) усули ҷудо кардани танайи вариди калони зерипӯстӣ пешниҳод карда шуд (Патент барои ихтироъ №ТJ 1326 аз 06.12.2022 с.).

Бори нахуст дар шароити шуъбаи тахассусии дорой аҳамияти ҷумҳуриявӣ самаранокии усулҳои каминвазивии (облитератсияи дохиливаридии лазерӣ, минифлебэктомия, склеротерапияи кафкӣ) табобати бемории варикозӣ ворид ва самаранокии онҳо омӯхта шуд, ки имконият медиҳанд давомнокии бистаришавиро коҳиш, миқдори оризаҳои пас аз ҷарроҳиро кам ва самаранокии косметикии табобати гузаронидашударо беҳтар кунад, ки он ба сифати ҳаёти беморон таъсири мусбат мерасонад.

Тавсияҳо ва истифодаи онҳо. Ҷорабиниҳо оид ба сари вақт ошкор намудани бемории варикозӣ дар марҳалаҳои барвақти он тавассути такмил додани дониш ва иттилоотнокии табибони соҳаҳои гуногун дар маҳалҳо ва тайёр намудани мутахассисон барои минтақаҳои деҳоти ҷумҳурӣ бояд пурзӯр карда шаванд. Ба таври васеъ татбиқ намудани усулҳои каминвазивии табобат тибқи нишондодҳо ҳам дар шароити амбулаторӣ ва ҳам статсионарӣ.

Соҳаи истифода: Ҷарроҳии дил ва рағҳои хунгард.

ANNOTATION

abstract of the dissertation of Soliev Olimzhon Fattoevich on the topic: " Epidemiology, risk factors and choice of treatment tactics for varicose disease" for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.26-Cardio-vascular Surgery

Keywords: varicose disease, chronic venous influence, epidemiology, risk factors, screening, phlebectomy, endovenous laser obliteration.

Purpose of the study. To study the prevalence and structure of varicose veins among the population of the Republic of Tajikistan using the example of two pilot areas and optimize treatment tactics depending on the stage of the disease.

Research methods and techniques used. Clinical and angiological examination, ultrasound duplex scanning of vessels, assessment of the malleolar volume of the lower leg, subjective and objective symptoms of VD, the degree of pain after surgery on a visual analogue scale, determination of the area of paresthesia of the skin of the medial ankle and lower leg. Statistical studies were carried out by formalizing data using the Statistica 10.0 software package (StatSoft Inc., USA).

Obtained results and their novelty. The general prevalence of VD, its various stages and complicated forms among the general population was determined using the example of two pilot districts of the Republic of Tajikistan. Various forms of VD among the examined population were detected in 47.6% with a significant prevalence of telangiectasia and reticular varicose veins (59.6%). Varicose transformation of the main saphenous veins with chronic venous insufficiency and trophic disorders is detected in 12.4% of the population, healed or active venous ulcers - in 0.6%.

The leading role of hereditary predisposition, heavy physical labor (regular weight lifting, field work), long-term sedentary or standing work, high parity of births, overweight and obesity and their combinations in various combinations has been proven as significant risk factors for the development of varicose veins among the domestic cohort patients.

Depending on the form and stage of varicose veins, treatment tactics have been developed that include not only the treatment of the pathology itself, but also the prevention of relapse of the disease, as well as the elimination of correctable risk factors. In order to prevent damage to the cutaneous nerve in the area of the medial malleolus during endovenous laser obliteration, a method for isolating the trunk of the great saphenous vein has been proposed (Patent for invention No. TJ 1326 dated 12/06/2022).

For the first time, in a specialized department of republican significance, minimally invasive methods (endovenous laser obliteration, miniphlebectomy, foam sclerotherapy) for the treatment of varicose veins were introduced and their effectiveness was studied, which made it possible to significantly reduce the duration of hospitalization, the frequency of postoperative complications, as well as improve the cosmetic effectiveness of the treatment, which had a positive effect on the quality of life of patients..

Recommendation for use. It is necessary to strengthen measures for the timely detection of VD in its early stages by increasing the knowledge and awareness of local doctors of various specialties and training specialists for rural regions of the republic. Introduce more widely minimally invasive treatment methods according to indications both in outpatient and inpatient settings.

Scope of use: Cardiovascular surgery.