

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЖУРАЕВ ОЛИМ УСМОН УГЛИ

ЎТКИР ТРОМБОФЛЕБИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ОЁҚ
ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)

Жураев Олим Усмон ўғли

Ўткир тромбофлебит билан асоратланган оёқ веналари варикоз касаллигида жарроҳлик тактикани оптималлаштириш.....3

Жураев Олим Усмон угли

Оптимизация хирургической тактики при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен нижних конечностей..... 31

Djuraev Olim Usmon ugli

Optimization of surgical tactics in acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities 59

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of pulished works 66

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЖУРАЕВ ОЛИМ УСМОН УГЛИ

ЎТКИР ТРОМБОФЛЕБИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ОЁҚ
ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2025

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.4.PhD/Tib4132 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Курбаниязов Зафар Бабажанович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Хамдамов Бахтиёр Зарифович тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Буранов Хайрулло Жумабоевич тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Смоленск давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Н.Н. Абдуллаева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

К.В. Шмырина

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

С.Э. Мамараджобов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўткир варикотромбофлебит (ЎВТФ) қон томир тизимининг энг кенг тарқалган шошилишч патологияларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу асорат тури ҳаёт давомида варикоз томирлари бўлган ҳар бешинчи беморда ва кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларда учраши кузатилади, бу эса ўз навбатида муаммони ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси нуқтаи назаридан янада долзарб қилади. Чуқур веноз тизимга ўтиш билан тромбоз жараённинг ривожланиши турли манбаларга кўра, касаллик даражаси 6% дан 44% гача чуқур томир тромбозининг ривожланишига олиб келади. Шу билан бирга, сурункали веноз етишмовчилиги (СВЕ) нинг оғир шаклининг ривожланиши туфайли, 40% ҳолларда беморларнинг ногиронлик даражаси кун сайин ўсиб бормоқда. Варикотромбофлебит туфайли ўпка артериясининг массив тромбоэмболияси 2% -31,5% ҳолларда учрайди, бу эса 98% да ўлимга олиб келади.

Клиник кузатишлар шуни кўрсатадики, ЎВТФ билан оғриган беморлар нотўғри ёки кеч ташхис қўйилганлиги сабабли ҳар доим ҳам адекват даволанмайди, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатининг пасайишига, меҳнат қобилиятидан маҳрум бўлишига ва ҳатто ўлимга олиб келади. Ушбу муаммога бўлган қизиқишнинг ортишига қарамай, даволаш усули ва ҳажмини танлаш кўрсатмалари бўйича ҳали ҳам консенсус мавжуд эмас. Баъзи муаллифлар консерватив терапия тарафдорлари, бошқалари эса фақат жарроҳлик операциялари ўпка эмболиясини ривожланиш хавфини олдини олиш ва минималлаштиришга олиб келишини тасдиқлайди. Бироқ, баъзи маълумотларга кўра, бир босқичли жарроҳлик даволаш билан операциядан кейинги асоратлар, масалан, чуқур томир тромбози (2,7%), яра тери қирраларининг некрози (4,2%), гематома ва яралардан лимфорея (14,3%), тери нервларининг шикастланиши (21,2%), шунингдек яранинг йиринглаши каби асоратлар кузатилмоқда. Бироқ, бошқа маълумотларга кўра, ЎВТФ ни бир ва икки босқичли жарроҳлик даволаш натижалари фарқ қилмайди, гарчи иқтисодий нуқтаи назардан, кроссэктомиядан (КЭ) кейин консерватив даволаш ва беморларни реабилитация қилиш муддати узок, тромбозли томирлар қолади, бу эса даволаниш нархининг сезиларли даражада ошишига олиб келади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга

қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»⁴. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўткир варикотромбофлебит (ЎВТФ) энг кенг тарқалган шошилиш қон томир касаллиги бўлиб қолмоқда, унинг частотаси, баъзи маълумотларга кўра, 17,2% га этади [3, 5, 9, 23, 54].

Касаллик кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморларда ривожланади, бу эса бу муаммони ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси нуқтаи назаридан янада долзарб қилади. Варикотромбофлебитнинг катта ва кичик юзаки томирларининг шикастланиш нисбати 9:1 эканлиги аниқланган [9].

АВТП курсининг энг хавfli варианти кўтарилган варикотромбофлебит бўлиб, унда тромботик жараён проксимал йўналишда тарқалади. Бундан ташқари, катта сафен венасининг диаметри умумий феморал венага нисбатан кичикроқ бўлганлиги сабабли, тромбнинг чўққиси кўп ҳолларда мустаҳкамланмаган бўлиб қолади, бу чуқур вена тромбози (ЧВТ) ва ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ) ривожланишига ҳақиқий хавф туғдиради. [15].

Шундай қилиб, баъзи маълумотларга кўра, ЎВТФ да ЧВТ 8,4% ҳолларда юз беради, беморларнинг 40% гача юзаки ва чуқур томирларнинг комбинацияланган тромбози туфайли жиддий ногирон бўлиб қолади [16, 24,27, 32, 42, 59]. Комбинацияланган тромбознинг энг оғир натижаси кўк флегмазия (веноз гангрена), бу беморларнинг 1,5% да учрайди [42].

Кўп йиллик тажрибага қарамай, ЎВТФ учун даволаш усулини танлаш асосий масалалардан бири бўлиб қолмоқда, чунки мавжуд фикрлар кўпинча қарама-қарши бўлиб келмоқда. ЎВТФ ни даволаш тактикаси унинг тарқалиш даражаси, давомийлиги ва касалликнинг босқичига боғлиқ. Ҳозирги вақтда ЎВТФ ни даволашда иккита йўналиш мавжуд: консерватив ва жарроҳлик. Даволаш усулидан қатъи назар, уларнинг асосий вазифаси тромботик

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг таракқиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

жараённинг чуқур веноз тизимга ўтишини ва ўпка эмболиясининг ривожланишини олдини олишдир.

Фаол жарроҳлик тактикаси тарафдорлари бўлган кўпчилик муаллифлар асоратларни ва ўлимга олиб келадиган тромбоемболияни минималлаштирадиган паллиатив (кроссэктомия) ёки радикал (флебектомия) операцияларни тавсия қиладилар.

ЎВТФ учун жарроҳлик тактикаси тромботик жараённинг локализацияси ва даражасига, касалликнинг давомийлигига, зарарланган оёқ-қўлнинг чуқур веноз тизимининг ҳолатига ва беморларнинг умумий ҳолатига боғлиқ.

Жарроҳлик операцияси доирасидан қатъи назар, биринчи навбатда иккита асосий муаммони ҳал қилиш керак: ўпка эмболияси ривожланишининг олдини олиш ва тромботик жараённинг чуқур веноз тизимга ўтиши муҳим рол ўйнайди.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун "олтин стандарт" катта ёки кичик ўткир томирларнинг дарвозасини уларнинг барча кўшимча тармоқлари билан боғлаш (кроссэктомия) ҳисобланади.

Амалга ошириш вақтига қараб, ЎВТФ ни жарроҳлик даволашнинг барча радикал усуллари икки гуруҳга бўлинади: бир босқичли ва икки босқичли.

Ушбу муаммо бўйича турли муаллифлар нуқтаи назаридан адабиёт ҳисоботини жамлаб, биз варикотромбофлебитли беморларнинг умумий ҳолатидаги аҳамиятсиз ўзгаришларга қарамай, оғир асоратларни ривожланишининг ҳақиқий таҳдиди мавжуд деган хулосага келишимиз мумкин. Улардан энг хавфлиси ЎАТЭ ва ЧВТ бўлиб, уларда ногиронлик ва ўлим ҳоллари юқорилигича қолмоқда. Клиник маълумотлардан аниқланган тромботик жараённинг проксимал даражаси дуплекс сканерлаш кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ қилади. Бинобарин, терапевтик тактика ва консерватив ёки жарроҳлик даволаш кўлами фақат беморларнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда томирларнинг ультратовуш текширувидан сўнг аниқланиши керак. Мутахассисларнинг кўплаб масалалар бўйича позициялари бир-бирига мос келади ва ЎВТФ учун даволаш усули ва ҳажмини танлаш индивидуал бўлиши кераклигига асосланади. Оралик консерватив даво билан тавсия этилган бир ёки икки босқичли операциялар ва бошқа паллиатив ва радикал жарроҳлик операциялари ўткир варикотромбофлебит асоратларининг жойлашиши, тарқалиши ва табиатига қараб фойдаланишга яроқлидир.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқотлари Самарқанд давлат тиббиёт университетининг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати № 012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган (2024-2028 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади оёқ веналари варикоз томирларининг тромбофлебити билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сурункали веноз этишмовчилик даражасига қараб оёқ веналарининг варикоз томирларида ўткир тромбофлебитнинг частотасини ўрганиш;

оёқ веналарининг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини жарроҳлик даволаш усулини ташхислаш ва танлашда дуплекс ультратовуш текширувининг самарадорлигини аниқлаш;

тромбоз жараёнининг локализациясига, клиник кўринишининг оғирлигига ва яллиғланиш жараёнининг давомийлигига қараб, оёқ веналарининг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити учун жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш;

оёқ веналарининг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини жарроҳлик даволашнинг бевосита натижаларини ва узоқ муддатли операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармоқли клиникаси ангиожарроҳлик бўлимида 2018 - 2023 йиллар давомида перация қилинган оёқ веналарининг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити билан оғриган 102 нафар бемор олинди.

Тадқиқотнинг предмети оёқ веналарининг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усулини танлашда дифференциал ёндашувдан фойдаланган ҳолда комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

оёқ веналари варикоз томирларининг турли хил асоратлари орасида ўткир тромбофлебитнинг частотаси ва унинг клиник кечишининг хусусиятлари ўрганилган;

оёқ веналари томирларининг тромбоз даражасини ташхислашда ультратовушли дуплекс сканерлашнинг самарадорлиги аниқланган;

тромбоз жараёнининг локализация даражасини, яллиғланиш жараёнининг оғирлигини ва касалликнинг давомийлигини аниқлаш асосида жарроҳлик тактикаси доираси оптималлаштирилган;

оёқ веналари варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини даволаш учун икки босқичли жарроҳлик тактикасининг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини ўз вақтида ташхислаш ва оқилона даволаш жараёни локализация қилиш ва ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланишининг олдини олиш имконини беради;

оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини даволаш тактикаси ва кўлами тромботик жараёнининг локализацияси ва

тромбоэмболик асоратлар хавфи даражаси бўйича дуплекс ультратовуш текшируви маълумотларига асосланиши керак;

Ўткир варикотромбофлебит учун доривор аралашмани паравасал юбориш усули ишлаб чиқилган ва қўлланилган, бу тромбозланган томирлар атрофидаги оғриқ ва яллиғланиш жараёнини қисқа вақт ичида бартараф этиш имконини беради;

Икки босқичли жарроҳлик аралашуви ярагинг йирингли-яллиғланишли асоратлари ривожланиш хавфини ва ўткир нервларнинг шикастланишини камайтиришга ёрдам беради, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар ўзига хос назарий аҳамиятга эга бўлиб, улар оёқ веналар варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Аниқланишича, оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити кўпинча сурункали веноз этишмовчиликнинг С₃ даражасида учрайди ва вена клапанлар даражасида локализация қилинади. Жарроҳлик тактикаси ва оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебити учун жарроҳлик кўламини танлаш тромбоз жараённинг локализациясига, тромбоэмболик асоратлар хавфи даражасига ва касалликнинг давомийлигига боғлиқ. Тромбоз жараён сафено-феморал ва сафено-тицца ости анастомозга яқинроқ локализация қилинганда, ЧВТ ва ЎАТЭ нинг олдини олиш учун консерватив даво билан кроссэктомия оптимал ҳисобланади.

Ишнинг амалий аҳамияти шундаки, оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини даволаш ҳажмини танлаш тромботик жараённинг тарқалишига, тромбоэмболик асоратлар хавфи даражасига ва даволаш давомийлигига асосланган бўлиши керак. касаллик. ЎВТФ билан оғриган беморларда ўпка артерия эмболияси ва чуқур веноз тромбоэмболиянинг олдини олишнинг оптимал варианты антикоагулянт терапия билан кроссэктомия ҳисобланади. Беморларнинг ҳаёт сифатининг энг яхши кўрсаткичлари икки босқичли даволаш усули билан, флебектомия янада қулай шароитларда амалга оширилганда қайд этилган.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Ўткир тромбофлебит билан асоратланган оёқ веналари варикоз касаллигида жарроҳлик тактикани оптималлаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 13.11.2024 й. 08/46-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: оёқ веналари варикоз томирларининг турли хил асоратлари орасида ўткир тромбофлебитнинг частотаси ва унинг клиник кечишининг хусусиятлари ўрганилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмаси 22.10.2024 й. 1785-сон буйруғи ва Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 22.10.2023 й. 149-І/СН-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини ўз вақтида ташхислаш ва оқилона даволаш жараёнини локализация қилиш ва ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланишининг олдини олиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 5 кун учун 2 754 480 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 754 500 сўм сарфланади. Хулоса: Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебити энг кўп ҳолларда (48,1%) СЕАР классификациясига кўра сурункали веноз етишмовчилигининг С3 даражасида учрайди. 46,1% ҳолларда тромбоз остеал копқоқлар даражасида қайд этилган.

иккинчи илмий янгилик: оёқ веналари томирларининг тромбоз даражасини ташхислашда ультратовушли дуплекс сканерлашнинг самарадорлиги аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмаси 22.10.2024 й. 1785-сон буйруғи ва Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 22.10.2023 й. 149-І/СН-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: оёқ веналарнинг варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини даволаш тактикаси ва кўлами тромботик жараёнининг локализацияси ва тромбоэмболик асоратлар хавфи даражаси бўйича дуплекс ультратовуш текшируви маълумотларига асосланиши керак. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: умумий ўртача 2 150 400 сўм сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Хулоса: ЎВТФда жарроҳлик тактикаси ва операция ҳажмини танлаш тромботик жараёнининг локализацияси, ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш маълумотлари асосида тромбоэмболик асоратлар хавфи даражаси ва касаллик давомийлигига боғлиқ.

учинчи илмий янгилик: тромбоз жараёнининг локализация даражасини, яллиғланиш жараёнининг оғирлигини ва касалликнинг давомийлигини аниқлаш асосида жарроҳлик тактикаси доираси оптималлаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмаси 22.10.2024 й. 1785-сон буйруғи ва Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 22.10.2023 й. 149-І/СН-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ўткир варикотромбофлебит учун доривор аралашмани паравасал юбориш усули ишлаб чиқилган ва қўлланилган, бу тромбозланган томирлар атрофидаги оғриқ ва яллиғланиш жараёнини қисқа

вақт ичида баргараф этиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги куйидагилардан иборат: ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш ёрдамида текшириш билан умумий ўртача 380 000 сўм сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Хулоса: Тромботик жараён сафено-феморал ва сафено-поплитеал кўшилишларга яқин жойлашганда, чуқур веналар тромбози (ЧВТ) ва ўпка артериясининг тромбоземболияси (ЎАТ) профилактикаси мақсадида кроссэктомия ва консерватив терапия оптимал ҳисобланади. Ёш беморларда яллиғланиш жараёни сусайган ҳолларда бир вақтнинг ўзида амалга оширилган комбинацияланган флебэктомия самаралидир.

тўртинчи илмий янгилик: оёқ веналари варикоз томирларининг ўткир тромбофлебитини даволаш учун икки босқичли жарроҳлик тактикасининг клиник самарадорлиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмаси 22.10.2024 й. 1785-сон буйруғи ва Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 22.10.2023 й. 149-І/СН-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: икки босқичли жарроҳлик аралашуви яранинг йирингли-яллиғланишли асоратлари ривожланиш хавфини ва ўткир нервларнинг шикастланишини камайтиришга ёрдам беради, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 5 173 450 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра) сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 25% дан 30% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: Икки босқичли жарроҳлик аралашуви яллиғланишли-ўткир жараёнли яра асоратлари ривожланиш хавфини 13,9%дан 6,3%гача пасайтиришга ҳамда тери ости нервларининг шикастланиш тез-тезлигини 16,2%дан 6,3%гача қисқартиришга ёрдам беради. Бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 3 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 22 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та мақола, жумладан 5 таси маҳаллий ва 6 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, беш боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 111 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари кўрсатилган, объект ва предмет хусусиятлари баён этилган, тадқиқотнинг республикадаги фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги намоён этилган. Шунингдек, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари, уларнинг илмий ва амалий аҳамияти, амалиётга татбиқ этилган натижалар очиб берилган, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг биринчи бобда «Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебитининг диагностика ва даволашнинг муҳим жиҳатлари (адабиётларга тахлили)» баён қилинган. Мазкур муаммога тегишли турли муаллифларнинг ёзган адабиётларига таянган ҳолда шундай хулоса қилиш мумкинки, варикотромбофлебитда беморларнинг умумий ҳолатида сезиларли ўзгаришлар бўлмаганига қарамай, оғир асоратлар ривожланиш хавфи юқори даражада бўлади. Улар ичида энг хавфлиси ўпка артериясининг тромбоэмболияси (ЎАТ) ва чуқур веналар тромбози (ЧВТ) ҳисобланади, бу асоратларда ногиронлик ва ўлим ҳолатлари ҳалигача юқори даражада сақланиб қолмоқда.

Клиник маълумотларга асосланиб белгиланган тромботик жараённинг проксимал даражаси дуплекс сканерлаш кўрсаткичларидан сезиларли фарқ қилади. Шундай экан, даволаш тактикаси ва консерватив ёки жарроҳлик даволаш ҳажми фақат ультратовушли томир текширувидан сўнг, беморларнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, якуний тартибда белгиланиши керак. Махсус соҳа мутахассисларининг фикрлари кўпгина масалалар бўйича бир-бирига мос келиб, шунга олиб келади: ўткир варикотромбофлебит (ЎВТФ) ҳолатида даволаш усуллари ва ҳажми индивидуал тарзда танланиши лозим.

Таклиф этилган бир ёки икки босқичли операциялар, оралиқ даврда консерватив даволаш, шунингдек, бошқа паллиатив ва радикал жарроҳлик операциялари ўткир варикотромбофлебитнинг локализацияси, тарқалиши ва асоратлар хусусиятига қараб қўлланиши мумкин.

Иккинчи бобда «Клиник кузатувларнинг умумий хусусиятлари ва тадқиқот усуллари» келтирилган. Тадқиқот асосини оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебити билан оғриган 102 беморнинг ташхис ва даволаш натижалари тахлили ташкил этади. Беморлар 2018–2023 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармоқли клиникаси қон томирлар жарроҳлиги бўлимида даволанган.

Беморларнинг 77 нафари (65,6%) аёллар, 25 нафари (24,5%) эса эркаклардан иборат эди. Уларнинг ёши 18 ёшдан 71 ёшгача бўлиб, ўртача ёш $31,4 \pm 6,7$ йилни ташкил этган.

СЕАР классификациясига мувофиқ, беморларда қуйидаги даражадаги сурункали веноз етишмовчилик (СВЕ) аниқланган (1-жадвал).

Беморларни СЕАР классификациясига кўра сурункали веноз етишмовчилик даражасига боғлиқ ҳолда тақсимланиши

СВЕ даражаси	Беморлар сони (абс.)	%
С2 – Тери ости варикоз кенгайган веналар	31	29,8
С3 – Шиш	49	48,1
С4 – Пигментация ва/ёки веноз экзема; липодерматосклероз	17	16,6
С5 – Барча юқоридаги терининг ўзгаришлари + веноз трофик яра	5	4,9

Кўпчилик беморларда (n=80) сурункали веноз етишмовчиликнинг (СВЕ) бошланғич босқичлари қайд этилган. Шу билан бирга, 4,9% беморларда ўткир варикотромбофлебит (ЎВТФ) тузалган веноз трофик яра фониди ривожланган.

Оёқ веналарининг варикоз касаллиги давомийлиги 3 йилдан 17 йилгача ўзгарган. Барча беморлар орасида варикотромбофлебитнинг ўнг томон локализацияси 43 нафар (42,2%) беморда, чап томон локализацияси эса 57 нафар (55,8%) беморда қайд этилган. Яна 2 нафар (1,9%) беморда икки томонлама жараён кузатилган.

4 нафар беморда ЎВТФ рецидив ҳолатлари қайд этилган, яъни бу ҳолат тромбофлебит ўтказгандан кейин 2–6 ой ўтиб ривожланган. Шу 4 нафардан 3 нафар беморнинг анамнези бўйича катта тери ости венасидаги ЎВТФ туфайли фақат кроссэктомия амалга оширилган, лекин кейинги кузатув ўтказилмаган.

Тромботик жараённинг локализацияси ва тарқалиши F. Verrel ва бошқаларнинг (1998) классификациясига мувофиқ аниқланган бўлиб, барча беморлар қуйидагича тақсимланган:

I тур (n=40): тромботик жараён катта ёки кичик тери ости веналари остеал қопқоқларига етиб бормаган, шу билан бирга тромбнинг чуқур веналарга тарқалиши кузатилмаган;

II тур (n=47): тромбознинг проксимал қисми остеал қопқоқлар даражасида жойлашган;

III тур (n=4): тромбоз сафено-феморал ва сафено-поплитеал қўшилиши орқали чуқур веноз тизимига тарқалган;

IV тур (n=2): тромботик жараён чуқур веноз тизимига етишмовчи кенгайган перфорант веналар орқали тарқалган.

Тадқиқот давомида 77 нафар аёл беморлардан 5,5% гормонал контрацептив воситаларни қўллагани, 12,2% ҳомиладорликнинг 3-8 ой даврида бўлгани аниқланган. Улардан 26 нафарида (25,5%) ортиқча вазн қайд этилган.

Варикотромбофлебит клиник белгилари пайдо бўлганидан кейинги беморларнинг касалхонага мурожаат қилиш муддати 1 кундан 17 кунгача бўлиб, ўртача $4,1 \pm 0,9$ кунни ташкил этган. Беморларнинг аксарияти (55,1%) касаллик бошланганидан кейин 4 кун ва ундан ортиқ муддатда стационарга

муурожаат қилган бўлса, фақат 44,9% беморлар 3 кун ичида госпитализация қилинган.

Тромботик жараённинг сон ва болдир соҳасидаги тарқалиши касаллик давомийлигига боғлиқ ҳолда қуйидаги жадвалда келтирилган (2-жадвал).

2-жадвал

Тромботик жараён локализацияси унинг давомийлигига боғлиқ ҳолда

Тромботик жараёнининг локализацияси		Тромботик жараён давомийлиги (кунлар)				Жами
		1 - 2	3 - 4	5 - 6	> 7	
Болдир		3	1/1*	2	1/1*	9
Сон	қуйи қисм	7	4	2	2	15
	ўрта қисм	11	7	4	3	25
	юқори қисм	20	17	7	3	47
Чуқур веналарга ўтиш		1	2	2	1	6

*Эслатма: * - Кичик тери ости венаси.*

Диссертациянинг учинчи боби «Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебитининг клиник хусусиятлари ва веноз тизимни тадқиқ қилиш натижалари» деб номланади.

Кўрик давомида барча беморларда катта ёки кичик тери ости веналари тизимидаги варикоз кенгайган тромбланган веналар қайд этилди. Улар қуйиқланиш ва веналарда оғрик сезилиши кўринишида намоён бўлди (1-расм).



1-расм. Ўнг болдирнинг медиал юзасидаги тромбланган варикоз кенгайган тери ости веналари (жараён бошланганидан 5-кун).



2-расм. Болдирнинг медиал юзасидаги тромбланган варикоз кенгайган веналари тузалган веноз трофик яра фониди (жараён бошланганидан 7-кун).

11 нафар (10,8%) беморларда барча кенгайган тери ости веналарини, жумладан, орқа ва ён томон веноз тугунларини қамраб олган тўлиқ тромбоз қайд этилди.

Тромботик жараённинг болдир сатҳидаги локализацияси 9 беморда аниқланган; икки ҳолатда катта тери ости венаси, 15 ҳолатда эса кичик тери

ости венаси зарарланган. Катта тери ости венаси ва унинг қўшилмаларининг сон сатхидаги варикотромбофлебити энг кўп учрайдиган локализация бўлиб, унинг белгилари 93 беморда қайд этилган.

3-жадвал

Катта ва кичик тери ости веналари бўйлаб ўткир варикотромбофлебитнинг локализацияси

Тромботик жараёнининг локализацияси		n=102
Болдир		2/7*
Сон	қуйи қисм	15
	ўрта қисм	25
	юқори қисм	47
Чуқур веналарга ўтиш	сафено-поплитеал орқали	1
	сафено-феморал орқали	3
	болдир перфорант веналари орқали	2

Эслатма: * Кичик тери ости венасининг зарарланиши.

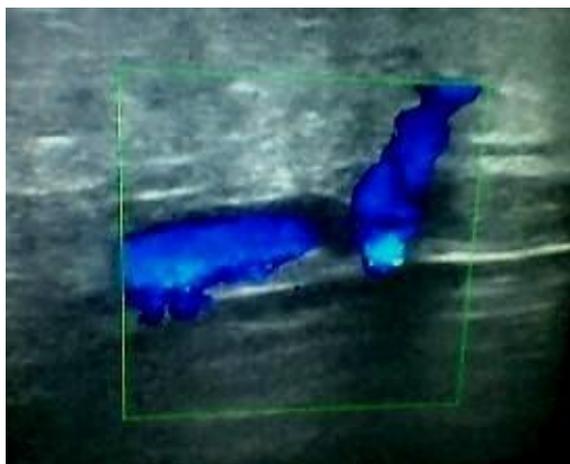
6 нафар беморда тромботик жараённинг чуқур веноз тизимига ўтиши қайд этилган. Шундан, 4 ҳолатда сон қисмда, 2 ҳолатда эса тизза орти қисмда локализацияланган (жадвал 3).

5 нафар беморда ўткир варикотромбофлебит тузалган веноз трофик яра фониди ривожланган, бу эса яра жараёнининг кечишини оғирлаштирган (2-расм).

Ўткир варикотромбофлебитнинг ривожланиш частотаси кўрсаткичлари 12 дан 15 гача ўзгариб, ўртача 16,3 ҳолатни ташкил этган. Тадқиқот натижаларига кўра, сўнгги 5 йил ичида ЎВТФ ривожланишининг пасайиш тенденцияси кузатилмаган, балки 2023 йилда уларнинг частотаси 1,5 бараварга ошиб кетган.

Ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш натижалари таҳлилида барча ҳолатларда тери ости веналари кўндаланг тешикларида тромб мавжудлиги аниқланган.

Тромботик жараённинг болдир сатхидаги локализацияси 9 беморда, сон сатхидаги локализацияси эса 87 беморда аниқланган. Шунингдек, 6 нафар беморда тромботик жараён сафено-феморал (n=3) ёки сафено-поплитеал (n=1) қўшилиши, ёхуд болдир перфорант веналар тизими (n=2) орқали чуқур веноз тизимига ўтган (3-расм). Бу ҳолат чуқур веналарнинг ўткир тромбози манзарасини, шунингдек, яққолроқ клиник симптомларни келтириб чиқарган.



3-расм. Ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш. Тромбнинг катта тери ости вена ва сон венаси кўшилиши орқали тарқалиши (стрелка тромбнинг юқори қисмини кўрсатмоқда).



4-расм. Ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш. Оёқнинг медиал юзасидаги варикоз кенгайган веналарда тўлиқ тромбоз визуализацияси.

Биз томонимиздан веноз тромботик жараённинг проксимал чегарасини клиник усуллар ва ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш маълумотлари асосида таққослама баҳолаш ўтказилди (4-жадвал).

Кўп ҳолларда ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш ёрдамида аниқланган тромботик жараённинг узунлиги клиник маълумотларга асосланган ҳолда аниқланган узунликка нисбатан бироз узунроқ бўлган. Масалан, болдир веналаридаги тромботик жараённинг клиник маълумотлар асосида ўртача узунлиги $31,2 \pm 4,5$ смни ташкил қилган бўлса, ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш орқали бу кўрсаткич $38,4 \pm 5,1$ смни ташкил этган.

Шунингдек, бундай ишончли кўрсаткичлар сон сатхидаги тромботик жараён чегараларини аниқлашда ҳам қайд этилган. Сондаги тромботик жараённинг клиник йўл билан аниқланган ўртача узунлиги $32,6 \pm 5,3$ смни ташкил қилган бўлса, ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш ёрдамида бу кўрсаткич $52,3 \pm 7,1$ смни ташкил қилган ($p < 0,05$).

Шунингдек, (4-расм).

4-жадвал

Ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш (УДАС) натижалари ва клиник маълумотларнинг таққосламали баҳолаши

Тромботик жараёнининг локализацияси	Клиник кўриниш	УДАС	P
Болдир	9	9	$>0,05$
Сон (пастки қисми)	15	12	$<0,05$
Сон (ўрта қисми)	25	22	$<0,05$
Сон (юқори қисми)	47	51	$<0,05$
Чуқур веналарга ўтиши	6	6	$>0,05$

Эслатма: p – фарқлар ишончилиги.

Ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш натижаларига кўра, юзаки ва чуқур веноз тизимлардаги тромботик жараённинг топографик-анатомик локализацияси аниқланди, бу эса келгуси даволаш тактикасига таъсир кўрсатди. Шу сабабли, ЎВТФни диагностика қилишда ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш етакчи ўринни эгаллаши лозим, чунки бу усул юзаки ва чуқур веналарнинг бутун узунлиги бўйича ҳолатини, тромботик жараён тарқалишини, тромбнинг апикал қисми хусусиятини, паравазал туқимада суюқлик йиғилишини ва клиник белгилар асосида деярли аниқланиши қийин бўлган тромбнинг чуқур веноз тизимига асимптоматик ўтишини аниқлаш учун етарли маълумот беради.

Диссертациянинг тўртинчи боби «Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебитда даволаш тактикаси»га бағишланган. Қўлланилган даволаш усулларига қараб барча беморлар 3 гуруҳга бўлинган.

Консерватив терапия 17 нафар беморга ўтказилди. Улар дистал формадаги ЎВТФга эга бўлиб, уларда юкорига қараб тарқалиш кузатилмаган, болдир перфорант веналарининг етишмовчилиги йўқ эди, ва тромботик жараённинг чуқур веноз тизимига ўтмаганлиги кузатилди.

Комплекс консерватив даволашнинг асосий жиҳатларидан бири яллиғланишга қарши терапия бўлиб, у ностероид яллиғланишга қарши препаратлар орқали амалга оширилди. Бу препаратлар яллиғланиш жараёнларини тез бартараф этиш, оғриқни енгиллаштириш ва дезагрегант таъсир кўрсатиш имконини берди. Препаратлардан афзаллик диклофенак натрий ва вольтаренга берилди. Улар 3,0 мл миқдорида суткада 1 марта мушак ичига 5 кун давомида юборилди, кейинчалик 10 кун давомида таблетка шаклида қўлланилди.

Антикоагулянтлардан фойдаланиш консерватив терапиянинг асосий қисми бўлди. Барча беморларга антикоагулянт терапия ўтказилди, препарат дозаси ҳар бир бемор учун индивидуал равишда коагулограмма, қон реологияси, тромбоз даражаси ва давомийлиги асосида белгиланди. Асосан паст молекуляр гепаринлар (Клексан, Фондопарин) профилактик ва даволовчи дозаларда (40-60 мг суткада 2 марта) қўлланилди, кейинчалик варфаринга ўтилди (2,5-5 мг суткада 1 марта, 1-3 ой давомида коагулограмма қатъий назоратида).

Флебопротекторлар қўлланиши ҳам даволашнинг муҳим қисмини ташкил этди. Барча беморларга ўсимлик асосидаги флеботоникалар (Флебодиа 600, Флавовейн) тавсия қилинди: 4 кун давомида кунига 3000 мг, кейин 3 кун давомида 2000 мг, сўнг 2-3 ҳафта мобайнида кунига 1 таблетка.

Тромботик жараёнларни маҳаллий даволаш гепаринли ва яллиғланишга қарши мазлар ва геллар (Лиотон гелъ 1000, Гепаринли мазъ, Индовазин, Диклофенак) қўлланилиши орқали амалга оширилди. Мазли боғламлар суткада 2-4 марта қўлланилди, спиртли компресслар билан алмаштирилди.

Икки босқичли жарроҳлик даволаш 48 нафар беморга ўтказилди. Биринчи босқичда профилактик кроссэктомия амалга оширилди, кейинчалик яллиғланиш сусайганидан сўнг радикал флебэктомия ўтказилди.

Кроссэктомия давомиди катта ёки кичик тери ости веналари кесиб ўтилди ва барча қўшилмалар боғланди, бу тромбларни чуқур веноз тизимига ўтишининг олдини олишга ва ўпка артерияси тромбоземболиясининг профилактикасига қаратилган эди.

Изоляцияланган кроссэктомия тромбэктомиясиз 42 беморга ўтказилди, чунки уларда тромб сон венасига тарқалмаган эди. Сафено-феморал қўшилишдан тромбэктомия билан кроссэктомия эса 6 беморга ўтказилди. (6-расм).



5 – Расм. Катта териси ости венасининг изоляция қилинган кроссэктомияси ва умумий сон венасидан тромбэктомия



6 – Расм. Кичик териси ости ва тизза орти веналарининг оғиз қисмидан очик тромбэктомия

Ушбу беморларга кейинчалик консерватив терапия ўтказилган.

Консерватив даволаш усулига қараб беморлар 2 та кичик гуруҳга — А ва Б бўлинган. А кичик гуруҳига 22 нафар бемор киритилган бўлиб, уларга кроссэктомия ва анъанавий консерватив терапия амалга оширилган. Б кичик гуруҳидаги беморларга (n=26) кроссэктомия ва консерватив терапиядан ташқари паравазал дори воситасини киритиш қўшимча равишда ўтказилган.

Дори воситаси аралашмаси катта ёки кичик тери ости веналарининг тромбланган ўқи ва унинг қўшилмалари атрофига 40 мл миқдорида киритилган. Яллиғланиш жараёнининг пасайиш даражаси ва оғриқ синдромининг кучанишига қараб, дори воситасини қайтадан киритиш 2-3 кундан сўнг амалга оширилган. Аралашма биринчи марта киритилгандаёқ оғриқ синдромининг тез бартараф этилиши, паравазал шишнинг камайиши ва яллиғланиш жараёнининг чекланиши кузатилган.

Ушбу муолажа бир марта 22 беморга, икки марта 23 беморга, уч марта эса 7 беморга ўтказилган. Б кичик гуруҳида ишлаб чиқилган усулнинг қўлланилиши терининг қизарган қисми майдонининг тезроқ ва ишончли камайишига ёрдам берган, бу эса яллиғланиш жараёнининг тезроқ ва адекват бартараф этилишини кўрсатади.

Қониқарсиз натижалар, эффектнинг йўқлиги ёки ушбу усулни қўллаш билан боғлиқ асоратлар кузатилмаган. Бундан ташқари, ушбу усулдан фойдаланиш беморларнинг стационарда қолиш муддатига таъсир қилган. Масалан, А кичик гуруҳи беморларининг ўртача госпитализация муддати $9,2 \pm 0,6$ кунни ташкил этган бўлса, Б кичик гуруҳидаги беморлар стационарда ўртача $7,1 \pm 0,4$ кун бўлган ($p < 0,05$).

Даволашнинг биринчи босқичидан сўнг ушбу гуруҳдаги барча беморларга 1-6 ой мобайнида радикал жарроҳлик даволаш ўтказилган.

Беморларга амалга оширилган жарроҳлик аралашув ҳажми қуйидаги жадвалда келтирилган.

5-жадвал

Варикотромбофлебитда иккинчи босқич жарроҳлик аралашув ҳажми

Операция номи	Беморлар сони	%
Комбинацияланган флебэктомия	41	85,4
Комбинацияланган флебэктомия + Коккет усули бўйича болдир перфорант веналарининг диссекцияси	5	10,4
Комбинацияланган флебэктомия + Линтон усули бўйича болдир перфорант веналарининг диссекцияси + орқа тиббал венани резекция қилиш	2	4,2
Жами	48	100

ЎВТФ бўлган 37 нафар беморга бир босқичли радикал флебэктомия амалга оширилди (6-жадвал).

Бир босқичли радикал жарроҳлик коррекциясини ўтказиш асослари сифатида ёшроқ беморларда тери ости веналарида чегараланган тромботик жараён ва веналар бўйлаб яллиғланиш жараёнининг пасайиши қайд этилган. Бундай манзара, одатда, касаллик бошланганидан кейинги кечроқ даврларда — 5-7 кун ўтгач кузатилган.

Мазкур гуруҳдаги беморларда касаллик давомийлиги тромботик жараён бошланганидан кейин 5 кундан 16 кунгача ўзгариб турган.

6-Жадвал

Бир вақтда бажарилган оператив аралашувларнинг характеристикаси

Операция номи	Беморлар сони	%
Кроссэктомия + комбинацияланган флебэктомия	30	81,1
Кроссэктомия + комбинацияланган флебэктомия + Коккет усули бўйича болдир перфорант веналарининг диссекцияси	5	13,5
Кроссэктомия + комбинацияланган флебэктомия + Линтон усули бўйича болдир перфорант веналарининг диссекцияси + орқа тиббал венани резекция қилиш	2	5,4
Жами	37	100

Кўпчилик ҳолларда беморларга кроссэктомия ва бир вақтнинг ўзида амалга оширилган комбинацияланган флебэктомия ўтказилган.

7 ҳолатда перфорант веналар етишмовчилигида уларни Коккет (n=5) ва Линтон (n=2) усуллари билан диссекция қилиш амалга оширилган. Орқа

тибиал веналарда вертикал рефлюкс аниқланган икки ҳолатда уларнинг резекцияси ҳам ўтказилган.

Шуни таъкидлаш керакки, яллиғланиш жараёнининг ўткир даврида паравазал тўқималар инфильтрацияси, жумладан, *p. saphenous* ва унинг шохлари, медиал лимфа коллектори ҳамда тери ости-ёғ тўқимаси зарарланиши қайд этилган. Шу сабабли, тромбланган тери ости веналарини Гризенди зонди ёрдамида олиб ташлаш нафақат асоссиз, балки хавфли ҳисобланади, чунки бу нерв шохлари ва лимфа томирларининг шикастланиши хавфини юқори даражада оширади.

Тромбланган веналарни олиб ташлашда, одатда, Моделунг усули бўйича туннеллаш ва Нарат операцияси билан комбинация қилинган усул танланади.

Кичик тери ости венаси зарарланган ҳолларда, унинг проксимал ва дистал сегментларидаги тромботик жараён фасция ости сегментида жойлашиб, мушаклараро фазога чуқур кириб кетган бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш лозим. Бундай ҳолларда фасция кесилиб, кичик тери ости венаси стволи унинг перфорант веналари билан бирга узун қисмида ажратиб олинган. Фақат шохлари боғланган ва кичик тери ости венаси скелетлаштирилгандан сўнг уни кесиб олиш амалга оширилган.

Операциядан кейинги даврда барча беморларга антиагрегантлар, яллиғланишга қарши ва антигистамин воситалар, кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар (Ципрофлоксацин 500 мг; Цефтриаксон 1 г) ҳамда оғрик қолдирувчи воситалар тайинланган. Оёқларнинг эластик компрессияси ва фаол режимга риоя қилиш операциядан кейинги даврни олиб боришнинг асосий таркибий қисмлари деб ҳисобланган.

Диссертациянинг бешинчи боби «Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебитини даволаш натижалари таҳлили»га бағишланган. Операциядан кейинги эрта даврда беморларда турли махсус ва умумий асоратлар ривожланган, уларнинг хусусиятлари 7-жадвалда келтирилган.

7-Жадвал

Операциядан кейинги специфик ва специфик бўлмаган асоратларнинг характеристикаси

Асоратларнинг характери	Бир босқичли флeбэктомия	Икки босқичли флeбэктомия	p
Чуқур веналар тромбози	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05
Қон кетиши	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05
Тери ости нервларининг шикастланиши	6 (16,2%)	3 (6,3%)	<0,05
Яранинг чиришиши ва инфильтрацияси	5 (13,5%)	3 (6,3%)	<0,05

Изоҳ: p – гуруҳлар орасида кўрсаткичларнинг статистик аҳамияти.

Операциядан кейинги даврда комплекс консерватив терапия ўтказилганига қарамай, 3 нафар беморда чуқур веналар тромбози ривожланган (улардан бири икки босқичли флeбэктомиядан кейин, 2 нафари бир вақтнинг ўзида амалга оширилган операциядан кейин). Улардан бири ўпка

артериясининг тромбозмболияси (ЎАТ) билан асоратланган. Чуқур веналар тромбозига оид консерватив терапия ҳажми оёқ-қўлларнинг ўткир чуқур веналар тромбозига эга беморларни бошқариш протоколига мос равишда ўтказилган.

3 ҳолатда операциядан кейинги ярадан қон кетиши кузатилган. Бу ҳолатлар консерватив усуллар ёки томирларни боғлаш билан ярани қайта кўриб чиқиш орқали бартараф этилган.

Бир босқичли жарроҳлик коррекциясини ўтказишда, яллиғланиш жараёнининг пасаймаганлиги сабабли, икки босқичли операцияга нисбатан *n. saphenus* шикастланишининг юқорироқ тез-тезлиги (16,2%) қайд этилган (икки босқичли операцияларда бу кўрсаткич 6,3% ташкил қилган).

Олис натижалар беморлар касалхонадан чиққандан кейин 6 ойдан 5 йилгача бўлган муддатларда баҳоланган.

8-жадвалда CIVIQ 2 сўровномаси ёрдамида беморларнинг анкеталари натижалари келтирилган.

8-Жадвал

Беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари (CIVIQ 2 сўровномаси асосида)

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари	Бир босқичли (n=37)	Икки босқичли (n=48)	p
Бузилишлар мавжуд эмас ёки жуда кам (0-25%)	12 (32,4%)	29 (60,4%)	<0,001
Ўртача бузилишлар (26-50%)	19 (51,3%)	16 (33,3%)	<0,001
Жиддий бузилишлар (51-75%)	4 (10,8%)	2 (4,2%)	>0,05
Жуда оғир бузилишлар (75-100%)	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05

Изоҳ: p – гуруҳлар ўртасида кўрсаткичларнинг статистик аҳамияти

У Кўпчилик беморларда (икки босқичли даволашда 60,4%, бир босқичли даволашда 32,4%) ҳаёт сифатида унчалик катта бўлмаган бузилишлар кузатилган. Бироқ, бир босқичли радикал флебэктомия ўтказилган беморларнинг 51,3%ида ҳаёт сифатида ўрта даражадаги бузилишлар қайд этилган, шу билан бирга, бу кўрсаткич икки босқичли операция ўтказилган беморларда сезиларли даражада паст бўлган.

Шунингдек, радикал операция ўтказилган беморларда ҳаёт сифатида жиддий бузилишлар статистик жиҳатдан муҳим даражада пастайиши қайд этилган. Патология оғирлигига қарамай, ҳар икки гуруҳдаги 9 нафар беморда ҳаёт сифати жиддий ва оғир даражада бузилган, лекин бу ҳолатлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқ кузатилмаган ($p > 0,05$).

Шундай қилиб, икки босқичли операция ўтказилган беморларда ҳаёт сифати кўрсаткичлари бир босқичли операция ўтказилган беморларга нисбатан яхшироқ бўлган. Ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича мониторинг беморнинг умумий ҳолати ва амалга оширилган даволаш самарадорлигининг муҳим мустақил хусусияти ҳисобланади.

Тадқиқот давомида олинган маълумотлар икки босқичли даволаш ҳам клиник, ҳам ижтимоий жиҳатдан бир босқичли коррекцияга нисбатан юқори самарадорликка эга эканлигини кўрсатади. Шунинг учун, ЎВТФни даволашда икки босқичли тактикани танлаш мақсадга мувофиқ ва даволашнинг афзал кўрилган усули сифатида тавсия этилиши мумкин.

ХУЛОСАЛАР

«Ўткир тромбофлебит билан асоратланган оёқ веналари варикоз касаллигида жарроҳлик тактикани оптималлаштириш» мавзусидаги диссертация ишларини бажариш жараёнида қуйидаги хулосалар қилинди:

1. Оёқ веналарининг варикоз кенгайган ҳолатдаги ўткир тромбофлебити энг кўп ҳолларда (48,1%) СЕАР классификациясига кўра сурункали веноз етишмовчилигининг С3 даражасида учрайди. 46,1% ҳолларда тромбоз остеал қопқоқлар даражасида қайд этилган.

2. ЎВТФда жарроҳлик тактикаси ва операция ҳажмини танлаш тромботик жараённинг локализацияси, ультратовушли дуплекс ангиосканерлаш маълумотлари асосида тромбоэмболик асоратлар хавфи даражаси ва касаллик давомийлигига боғлиқ.

3. Тромботик жараён сафено-феморал ва сафено-поплитеал кўшилишларга яқин жойлашганда, чуқур веналар тромбози (ЧВТ) ва ўпка артериясининг тромбоэмболияси (ЎАТ) профилактикаси мақсадида кроссэктомия ва консерватив терапия оптимал ҳисобланади. Ёш беморларда яллиғланиш жараёни сусайган ҳолларда бир вақтнинг ўзида амалга оширилган комбинацияланган флебэктомия самаралидир.

4. Икки босқичли жарроҳлик аралашуви яллиғланишли-ўткир жараёнли яра асоратлари ривожланиш хавфини 13,9%дан 6,3%гача пасайтиришга ҳамда тери ости нервларининг шикастланиш тез-тезлигини 16,2%дан 6,3%гача қисқартиришга ёрдам беради. Бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ЖУРАЕВ ОЛИМ УСМОН УГЛИ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ
ТРОМБОФЛЕБИТЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № В2024.4.PhD/Tib4132

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammu.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Курбаниязов Зафар Бабажанович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Хамдамов Бахтиёр Зарифович**
доктор медицинских наук, профессор

Буранов Хайрулло Жумабоевич
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Смоленский государственный медицинский университет (Российская Федерация)**

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного Совета ДСс.04/05.05.2023.Тиб.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-маил: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № _____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

Н.Н. Абдуллаева

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.В. Шмырина

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

С.Э. Мамараджабов

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться одним из часто встречающихся ургентной патологией сосудистой системе. Это грозное осложнение в течение жизни встречается у каждого пятого пациента с варикозной болезнью и чаще всего встречается среди лиц трудоспособного возраста, что делает проблему ещё более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации. Прогрессирование тромботического процесса с переходом в глубокую венозную систему приводит к развитию тромбоза глубоких вен, частота встречаемости которых, по разным данным, составляет от 6% до 44%. Вместе с тем вследствие развития тяжёлой формы ХВН, до 40% случаев пациенты становятся глубокими инвалидами. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии на почве варикотромбофлебита, возникает в 2%-31,5% случаев, которая в 98% заканчивается летальным исходом.

Клинические наблюдения показывают, что больные с ОВТФ в связи с ошибочной или поздней диагностики не всегда получают адекватное лечение, что ведёт к снижению качества жизни пациентов, лишению их трудоспособности и даже смерти. Несмотря на возросший интерес к этой проблеме, до сих пор нет единого мнения относительно показаний к выбору метода и объёма лечения. Некоторые авторы являются сторонниками консервативной терапии, другие же подтверждают, что только хирургические операции, приводят к профилактике и минимизации риска развития ТЭЛА. Вместе с тем, по некоторым данным, при одноэтапном хирургическом лечении отмечается высокая частота таких послеоперационных осложнений как тромбоз глубоких вен (2,7%), некроз кожных краёв раны (4,2%), гематома и лимфоррея из ран (14,3%), повреждение кожных нервов (21,2%), а также нагноение раны. Однако по другим данным результаты одно- и двухэтапного хирургического лечения ОВТФ ни чем, ни отличаются, хотя с экономической позиции характера, после кроссэктомии (КЭ) сроки консервативного лечения и реабилитации больных продолжительны, сохраняются тромбированные вены, что приводит к значительному увеличению стоимости лечения.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»⁴.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться самым часто встречающимся ургентным сосудистым заболеванием, частота которого по некоторым данным достигает до 17,2% [3, 5, 9, 23, 54].

Заболевание чаще всего развивается у пациентов трудоспособного возраста, что делает данную проблему ещё более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации. Соотношение поражения большой и малой подкожных вен варикотромбофлебитом составляет 9:1 [9].

Наиболее грозным вариантом течения ОВТФ является восходящий варикотромбофлебит, при котором тромботический процесс имеет тенденцию к распространению в проксимальном направлении. При этом в связи с меньшим диаметром большой подкожной вены, по сравнению с общей бедренной, верхушка тромба в большинстве случаев остается не фиксированной, что создает реальную угрозу для развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) [15].

Так, по некоторым данным, ТГВ при ОВТФ встречается в 8,4% случаев, при этом до 40% пациентов вследствие сочетанного тромбоза поверхностных и глубоких вен становятся глубокими инвалидами [16, 24, 27, 32, 42, 59]. Наиболее тяжёлым исходом сочетанного тромбоза является синяя флегмазия (венозная гангрена), которая встречается у 1,5% больных [42].

Несмотря на накопленный многолетний опыт, выбор метода лечения при ОВТФ остается одним из ключевых вопросов, так как существующие мнения часто противоречивы. Тактика лечения ОВТФ зависит от масштаба его распространения, длительности и стадии заболевания. В настоящее время имеются два направления в лечении ОВТФ: консервативный и хирургический. Независимо от метода лечения, их главной задачей является предупреждение перехода тромботического процесса в глубокую венозную систему и развития ТЭЛА.

Большинство авторов, являющихся сторонниками активной хирургической тактики, рекомендуют произвести паллиативную (кроссэктомия) или же радикальную (флебэктомия) операции, которые

позволяют минимизировать осложнения и фатальные тромбоэмболии [7, 15, 21, 25, 40].

Хирургическая тактика при ОВТФ зависит от локализации и распространённости тромботического процесса, давности заболевания, состояния глубокой венозной системы поражённой конечности и общего состояния больных.

Независимо от объема хирургической операции, необходимо в первую очередь решить две основные проблемы: профилактику развития ТЭЛА и перехода тромботического процесса в глубокую венозную систему.

Для решения этих задач «золотым стандартом» является перевязка устья большой или малой подкожных вен со всеми их приустьевыми притоками (кроссэктомия).

В зависимости от времени проведения все радикальные методы хирургического лечения ОВТФ делятся на две группы: одноэтапные и двухэтапные.

Обобщая литературное сообщение с позиций различных авторов относительно данной проблемы, можно сделать заключение, что, несмотря на несущественные изменения со стороны общего состояния больных при варикотромбофлебите, существует реальная угроза развития тяжёлых осложнений. Наиболее опасными из них являются ТЭЛА и ТГВ, при которых частота инвалидности и летальных исходов остаётся высокой. Проксимальный уровень тромботического процесса, установленный по клиническим данным, значительно отличается от показателей дуплексного сканирования. Следовательно, лечебная тактика и объём консервативного или оперативного лечения должны быть окончательно установлены лишь после ультразвукового исследования сосудов с учётом общего состояния пациентов. Позиции специалистов по многим вопросам совпадают и сводятся к тому, что выбор метода и объема лечения при ОВТФ должны быть индивидуальными. Предложенные одно- или двухэтапные операции с проведением промежуточного консервативного лечения и другие паллиативные и радикальные хирургические операции имеют право на применение в зависимости от локализации, распространённости и характера осложнений острого варикотромбофлебита.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287). (2024-2028 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с тромбофлебитом варикозно-расширенных вен нижних конечностей.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту острого тромбоза при варикозной болезни нижних конечностей в зависимости от степени хронической венозной недостаточности.

2. Определить эффективность ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике и выборе метода хирургического лечения острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей.

3. В зависимости от локализации тромботического процесса, тяжести клинического течения и длительности воспалительного процесса оптимизировать хирургическую тактику при остром тромбозе варикозно расширенных вен нижних конечностей.

4. Изучить ближайшие результаты хирургического лечения острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей и качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Объектом исследования явились 102 пациентов с острым тромбозом варикозно расширенных вен нижних конечностей, прооперированных в отделении ангиохирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2018 по 2023 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с острым тромбозом варикозно расширенных вен нижних конечностей с использованием дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

выявлена частота острого тромбоза среди различных осложнений варикозной болезни нижних конечностей и особенности его клинического течения;

определена эффективность ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике уровня тромбоза вен нижних конечностей;

на основании определения уровня локализации тромботического процесса, тяжести воспалительного процесса и длительности заболевания оптимизирован объем хирургической тактики;

обоснована клиническая эффективность двухэтапной хирургической тактики лечения острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

своевременная диагностика и рационально проведенное лечение острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей позволяет локализовать процесс и предотвратить развитие жизненно опасных осложнений;

тактика и объем лечения при остром тромбозе варикозно расширенных вен нижних конечностей должно обосновываться на основании

данных ультразвукового дуплексного сканирования о локализации тромботического процесса и степени риска тромбоэмболических осложнений; разработан и применен способ паравазального ведения лекарственной смеси при остром варикотромбофлебите, позволяющая в более короткие сроки купировать болевой синдром и воспалительный процесс вокруг тромбированных вен;

двухэтапное оперативное вмешательство способствует снижению риска развития гнойно-воспалительных раневых осложнений и частоту повреждения подкожного нерва, позволяя улучшить качество жизни пациентов.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с острым тромбофлебитом варикозно расширенных вен нижних конечностей. Выявлено, что острый тромбофлебит варикозно расширенных вен нижних конечностей наиболее часто встречается при С₃ степени хронической венозной недостаточности и локализовался на уровне остеоальных клапанов. Хирургическая тактика и выбор объема операции при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен нижних конечностей зависят от локализации тромботического процесса, степени риска тромбоэмболических осложнений и длительности заболевания. При локализации тромботического процесса ближе к сафено-фemorальному и сафено-поплитеальному соустьям с целью профилактики ТГВ и ТЭЛА оптимальным считается кроссэктомия с проведением консервативной терапии.

Практическая ценность работы заключается в том, что выбор объема лечения при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен нижних конечностей должен обосноваться на основании распространенности тромботического процесса, степени риска тромбоэмболических осложнений и длительности заболевания. Оптимальным вариантом профилактики ТЭЛА и ТГВ при ОВТФ является кроссэктомия с антикоагулянтной терапией. Лучшие показатели качества жизни больных отмечены при двухэтапном методе лечения, когда флебэктомия выполняется в более благоприятных условиях.

Внедрение результатов исследования. По результатам исследований, проведенных по оптимизации хирургической тактики при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен нижних конечностей (заключение Научно-технического совета при МЗ Республики Узбекистан от 13.11.2024 й. № 08/46):

первая научная новизна: выявлена частота острого тромбоза среди различных осложнений варикозной болезни нижних конечностей и особенности его клинического течения. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Каршинской городской медицинской объединении от 22.10.2024 г. приказами № 1785 и Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр от 22.10.2023 г. №149-И/СН. Социальная эффективность научной новизны: своевременная диагностика и рационально проведенное лечение острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей позволяет локализовать процесс и предотвратить развитие жизненно опасных осложнений. Экономическая эффективность научной новизны: средняя стоимость стационарного лечения за 5 дней составляет 2 754 480 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). На все лабораторные и инструментальные исследования пациентов будет потрачено 754,5 тыс. сумов. Заключение: Острый тромбоз варикозно расширенных вен нижних конечностей наиболее часто (48,1%) встречается при С₃ степени хронической венозной недостаточности по классификации CEAP и в 46,1% тромбоз находили на уровне остиальных клапанов.

вторая научная новизна: определена эффективность ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике уровня тромбоза вен нижних конечностей. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Каршинской городской медицинской объединении от 22.10.2024 г. приказами № 1785 и Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр от 22.10.2023 г. №149-И/СН. Социальная эффективность научной новизны: тактика и объем лечения при остром тромбозе варикозно расширенных вен нижних конечностей должно обосновываться на основании данных ультразвукового дуплексного сканирования о локализации тромботического процесса и степени риска тромботических осложнений. Экономическая эффективность научной новизны: общая стоимость составляет в среднем 2 150 400 сум (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). Заключение: Хирургическая тактика и выбор объема операции при ОТФ зависят от локализации тромботического процесса, по данным ультразвукового доплер сканирования степени риска тромботических осложнений и длительности заболевания.

третья научная новизна: на основании определения уровня локализации тромботического процесса, тяжести воспалительного процесса и длительности заболевания оптимизирован объем хирургической тактики. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Каршинской городской медицинской объединении от 22.10.2024 г. приказами № 1785 и Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр от 22.10.2023 г. №149-И/СН. Социальная эффективность научной новизны: разработан и применен способ паравазального ведения лекарственной смеси при остром варикотромбозе, позволяющая в более короткие сроки купировать болевой синдром и воспалительный процесс вокруг

тромбированных вен. Экономическая эффективность научной новизны: общая стоимость обследования с использованием ультразвукового дуплексного ангиосканирования составляет в среднем 380 000 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). Заключение: При локализации тромботического процесса ближе к сафено-фemorальному и сафено-поплитеальному соустьям с целью профилактики ТГВ и ТЭЛА оптимальным считается кроссэктомия с проведением консервативной терапией. У пациентов молодого возраста со стихшим воспалительным процессом эффективным является одномоментная комбинированная флебэктомия.

четвертая научная новизна: обоснована клиническая эффективность двухэтапной хирургической тактики лечения острого тромбофлебита варикозно расширенных вен нижних конечностей. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Каршинской городской медицинской объединении от 22.10.2024 г. приказами № 1785 и Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр от 22.10.2023 г. №149-И/СН. Социальная эффективность научной новизны: двухэтапное оперативное вмешательство способствует снижению риска развития гнойно-воспалительных раневых осложнений и частоту повреждения подкожного нерва, позволяя улучшить качество жизни пациентов. Экономическая эффективность научной новизны: лечение больных в стационарных условиях обычно обходится в среднем в 5 173 450 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). Заключение: Двухэтапное оперативное вмешательство способствует снижению риска развития гнойно-воспалительных раневых осложнений с 13,9% до 6,3% и частоту повреждения подкожного нерва с 16,2% до 6,3%, позволяя улучшить качество жизни пациентов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 22 научных работ, из них 11 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 6 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 111 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого тромбоза вен нижних конечностей (обзор литературы)»**. Обобщая литературное сообщение с позиций различных авторов относительно данной проблемы, можно сделать заключение, что, несмотря на несущественные изменения со стороны общего состояния больных при варикотромбозе, существует реальная угроза развития тяжёлых осложнений. Наиболее опасными из них являются ТЭЛА и ТГВ, при которых частота инвалидности и летальных исходов остаётся высокой. Проксимальный уровень тромботического процесса, установленный по клиническим данным, значительно отличается от показателей дуплексного сканирования. Следовательно, лечебная тактика и объём консервативного или оперативного лечения должны быть окончательно установлены лишь после ультразвукового исследования сосудов с учётом общего состояния пациентов. Позиции специалистов по многим вопросам совпадают и сводятся к тому, что выбор метода и объёма лечения при ОВТФ должны быть индивидуальными. Предложенные одно- или двухэтапные операции с проведением промежуточного консервативного лечения и другие паллиативные и радикальные хирургические операции имеют право на применение в зависимости от локализации, распространенности и характера осложнений острого варикотромбоза.

Во второй главе диссертации представлена **«Общая характеристика клинических наблюдений и методы исследования»**. В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 102 больных с острым тромбозом варикозно расширенных вен нижних конечностей, находившихся 2018-2023 гг. в отделении хирургии сосудов многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

Среди пациентов лица женского пола составили 77 (65,6%), мужского – 25 (24,5%). Возраст больных колебался от 18 до 71 лет, в среднем составляя $31,4 \pm 6,7$ год.

Согласно классификацию CEAP у пациентов имелись следующие стадии ХВН (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от степени хронической венозной недостаточности по классификации CEAP

Степень ХВН	Клинические проявления	Количество пациентов	
		абс.	%
C2	Варикозно расширенные подкожные вены	31	29,8
C3	Отек	49	48,1
C4	Пигментация и / или венозная экзема; липодерматосклероз	17	16,6
C5	Все вышеперечисленные кожные изменения + зажившая венозная трофическая язва	5	4,9

У большинства пациентов (n=80) отмечались начальные стадии ХВН. Вместе с тем у 4,9% пациентов ОВТФ развился на фоне зажившей венозной трофической язвы.

Длительность существования варикозной болезни нижних конечностей варьировалось от 3 года до 17 лет.

Из общего числа больных правосторонняя локализация варикотромбофлебита наблюдалась у 43 (42,2%) пациентов, левосторонняя у 57 (55,8%) пациентов. Ещё у 2 (1,9%) пациентов наблюдался двухсторонний процесс. У 4 больных отмечалось рецидивные развития ОВТФ, т.е. через 2-6 месяцев после перенесенного тромбофлебита. У 3 из этих пациентов в анамнезе по поводу ОВТФ большой подкожной вены было выполнено только кроссэктомия в разных лечебных учреждениях, без последующего наблюдения.

Локализация и распространенность тромботического процесса определяли в соответствии с классификацией F. Verrel et al. (1998), согласно которой все пациенты были распределены следующим образом:

I тип (n=40) – тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен, при этом распространение тромба на глубокие вены отсутствовали;

II тип (n=47) - проксимальная часть тромбоза находилась на уровне остиальных клапанов;

III тип (n=4) – распространение тромбоза на глубокую венозную систему через сафено-фemorальное и сафено-поплитеальное соустье;

IV тип (n=2) – распространение тромботического процесса на глубокую венозную систему через недостаточные расширенные перфорантные вены.

Установлено, что из 77 обратившихся пациентов женского пола 5,5% принимали гормональные контрацептивы, 12,2% имели беременность в сроках от 3 до 8 месяцев. Избыточная масса тела имелась у 26 (25,5%) из них.

Сроки поступления пациентов от начала проявления клинических признаков варикотромбофлебита варьировались от 1 до 17 суток, в среднем составляя $4,1 \pm 0,9$ суток.

Большинство больных (55,1%) поступали в стационар на 4 и более суток от начала заболевания и лишь 44,9% из них были госпитализированы в сроках до 3-х суток.

Распространение тромботического процесса в области бедра и голени в зависимости от давности заболевания приведены в следующей таблице (табл. 2).

Таблица 2

Локализация тромботического процесса в зависимости от ее сроков

Локализация тромботического процесса		Давность тромботического процесса (сутки)				Всего
		1 - 2	3 - 4	5 - 6	> 7	
Голень		3	1/1*	2	1/1*	9
Бедро	Нижняя треть	7	4	2	2	15
	Средняя треть	11	7	4	3	25
	Верхняя треть	20	17	7	3	47
Переход в глубокие вены		1	2	2	1	6

Примечание: * - малая подкожная вена

Третья глава диссертации «**Клиническая характеристика острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей и результаты исследования венозной системы нижних конечностей**». При осмотре у всех больных отмечалась тромбированные варикозно расширенные вены системы большой или подкожной венах, которые проявились в виде шнурированного уплотнения и болезненности вен (рис. 1).



Рис. 1. Тромбированные варикозно расширенные подкожные вены медиальной поверхности правой голени (5 суток от начала процесса)



Рис. 2. Тромбированные варикозно расширенные вены медиальной поверхности голени на фоне зажившей венозной трофической язвы (7 суток от начала процесса)

У 11 (10,8%) больных отмечалась тотальный тромбоз всех расширенных подкожных вен, включая задних и латеральных венозных узлов.

Локализация тромботического процесса на голени отмечалась у 9 пациентов; в двух случаях имела место поражение большой подкожной вены, в 15 - малой подкожной вены. Варикотромбофлебит большой подкожной вены и ее притоков на уровне бедра, была наиболее частой локализации признаки которого отмечена у 93 больных.

Таблица 3

Локализация острого варикотромбофлебита по ходу большой и малой подкожных вен

Локализация тромботического процесса		n=102
Голень		2/7*
Бедро	нижняя треть	15
	средняя треть	25
	верхняя треть	47
Переход в глубокие вены	через сафено-поплитеальное соустье	1
	через сафено-фemorальное соустье	3
	через перфорантные вены голени	2

*Примечание: * Поражение малой подкожной вены*

У 6 из этих пациентов отмечалось переход тромботического процесса в глубокую венозную систему, у 4 которых она локализовалась в бедренно-подвздошном сегменте, у 2 подколенно-бедренном сегменте (табл. 3).

У 5 пациентов ОВТФ развился на фоне зажившей венозной трофической язвы, что ухудшало течение язвенного процесса (рис. 2).

Показатели частоты развития ОВТФ колебались от 12 до 15, в среднем составляя 16,3 случая в год. Как показали результаты исследования не имеются тенденция к снижению развития ОВТФ в последние 5 лет, причем в 2023 году их частота увеличилась в 1,5 раза.

При анализе результатов УЗДАС во всех случаях выявлена наличие тромба в просвет подкожных вен.

Локализация тромботического процесса на уровне голени была выявлена у 9 больных, на уровне бедра у 87 пациентов. Вместе с тем у 6 больных имела место переход тромботического процесса в глубокую венозную систему через сафено-фemorальное (n=3) или сафено-поплитеальное (n=1) соустье или через систему вен перфорантов голени (n=2) (рис. 3), вызвав картину острого тромбоза глубоких вен с более выраженными клиническими симптомами.

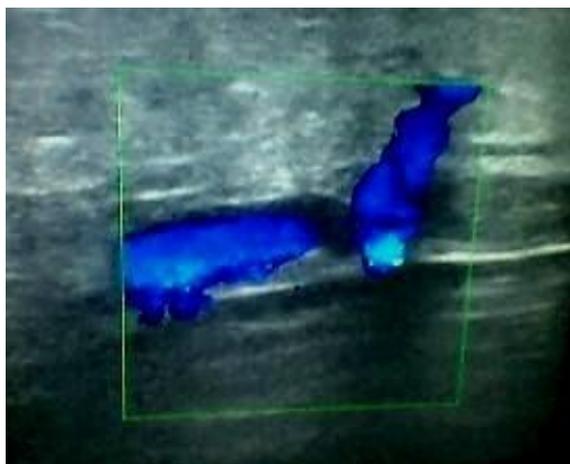


Рис. 3. УЗДАС. Распространение тромба через сафено-бедренного соустья (стрелкой указана верхушка тромба)



Рис. 4. УЗДАС. Визуализируется тотальный тромбоз варикозно расширенных вен медиальной поверхности голени

Нами проводилась сравнительная оценка проксимальной границы венозного тромботического процесса, установленная клиническими методами и по данным УЗДАС (табл. 4).

В большинстве случаев протяженность тромботического процесса, выявленная на основании УЗДАС, была несколько больше по сравнению таковой определяемой на основании клинических данных. Так, если средняя длина тромботического процесса на венах голени, выявленная на основании клинических данных составила $31,2 \pm 4,5$ см, то эта же цифра, выявленная при помощи УЗДАС, составила $38,4 \pm 5,1$ см. Необходимо отметить, что такие достоверные показатели были выявлены и при определении границ тромботического процесса на бедре. Средняя длина тромботического процесса на бедре определяемая клинически составила $32,6 \pm 5,3$ см, а при помощи УЗДАС $52,3 \pm 7,1$ см ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что у 6 (5,9%) больных на УЗДАС отмечалась тотальный тромбоз всех расширенных подкожных вен, включая задних и латеральных венозных узлов (рис. 4).

Таблица 4

Сравнительная оценка результатов УЗДАС с клиническими данными

Локализация тромботического процесса		Клинически	УЗДАС	P
Голень		9	9	$>0,05$
Бедро	Нижняя треть	15	12	$<0,05$
	Средняя треть	25	22	$<0,05$
	Верхняя треть	47	51	$<0,05$
Переход в глубокие вены		6	6	$>0,05$

Примечание: p – достоверность различий

По результатам использования УЗДАС были уточнены топографо-анатомическая локализация тромботического процесса в поверхностных и глубоких венозных системах, от которых зависела дальнейшая лечебная

тактика. В связи с этим при диагностике ОВТФ ведущая роль должна быть отведена УЗДАС, которая дает достаточную информацию о состоянии поверхностных и глубоких вен на всем протяжении, распространенности тромботического процесса, характера апикальной части тромба, наличие скопления жидкости в паравазальном пространстве, и бессимптомного перехода тромба на глубокую венозную систему, которую практически невозможно установить на основании клинических проявлений заболевания.

Четвертая глава диссертации **«Лечебная тактика при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен нижних конечностей»**. В зависимости от использованных методов лечения все пациенты были разделены на 3 группы.

Консервативная терапия проводилась 17 пациентам, у которых имело место дистальная форма ОВТФ, не имеющего восходящего течения, отсутствовала недостаточность перфорантных вен голени, и переход тромботического процесса в глубокую венозную систему.

Один из ключевых моментов комплексного консервативного лечения больных с ОВТФ являлся, проведения противовоспалительной терапии с использованием НПВП препаратов, которые приводят к быстрому купированию воспалительных процессов, оказывают необходимый обезболивающий эффект и дезагрегантное действия. Среди больших разнообразных нестероидных противовоспалительных препаратов нами предпочтение отдавалась диклофенаку натрия и вольтарену. Препараты назначали ввиду инъекции по 3,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки течение 5 дней с последующем переходом в таблетированной форме в течение 10 дней.

Основным компонентом консервативной терапии явилась применения прямых и непрямых антикоагулянтов. Антикоагулянтная терапия проводилась всем больным, а выбор дозы препарата решали в каждом случае индивидуально, на основании анализа показателей коагулограммы и состояния первичного гемостаза, показателей реологии крови, уровня и распространенности тромбоза и длительности заболевания. В основном применялся низкомолекулярные гепарины (Клексан, Фондапарин) по стандартным схемам в профилактической и в лечебной дозировках (40-60 мг 2 раза в сутки) первые 5 дней с последующем переходом на антикоагулянтов непрямого действия (Варфарин) по 2,5-5 мг 1 раз в сутки, в течение 1-3 месяца под строгим контролем коагулограммы.

Применение флебопротекторных препаратов в лечения больных ОВТФ занимало ведущую позицию. В связи с этим всем пациентам назначалась флеботоники растительного происхождения (Флебодиа 600, Флавовейн), по 3000 мг в день в течение 4 дней, затем 2000 мг в день в течение последующих 3 дней и по 1 таблетке в течение 2-3 недель.

Местное лечение тромботического и воспалительного процесса проводилась путем применения сочетания гепаринсодержащих и нестероидных противовоспалительных мазей и гелей (Лиотон гель 1000, Гепариновая мазь, Индовазин, Диклофенак). Мазевые повязки накладывали

2-4 раза в сутки чередуя ее со спиртовыми компрессами. Для полного рассасывания мазей и гелей в течение 10-20 минут не бинтовали конечность.

Двухэтапное хирургическое лечение ОВТФ провели 48 пациентам, которым на первом этапе проводилась профилактическая кроссэктомия с последующей консервативной терапией. После стихания воспалительных процессов в последующем (2 этап) этим больным было выполнено радикальная флебэктомия.

На первом этапе пациентам проводилась перевязка и пересечение большой или малой подкожных вен с приустьевым лигированием всех притоков (кроссэктомия), целью которой явилась предотвращение перехода тромбов в глубокую венозную систему и профилактика ТЭЛА.

Изолированная КЭ без тромбэктомии была выполнена 42 пациентам (рис. 5) у которых не отмечалась распространение тромба в бедренную вену. КЭ с тромбэктомией из сафено-феморального соустья выполнены 6 пациентам (рис. 6).



Рис.5. Изолированная кроссэктомия большой подкожной вены с тромбэктомией из общей бедренной вены



Рис. 6. Открытая тромбэктомия из устья малой подкожной и подколенной вен

Этим пациентам в последующем проводилась консервативная терапия.

В зависимости от способа консервативного лечения пациенты были разделены на 2 подгруппы – А и Б. В подгруппу А входили 22 пациентов которым была выполнена кроссэктомии с последующей традиционной консервативной терапии. Пациентам подгруппы Б (n=26) кроме КЭ и консервативной терапии дополнительно было выполнено паравазальное введение лекарственной смеси.

Лекарственная смесь вводится вокруг тромбированного ствола варикозно расширенной большой или малой подкожных вен и ее притоков в количестве 40 мл. В зависимости от степени регресса воспалительного процесса и выраженности болевого синдрома повторное введение смеси осуществили через 2-3 стуки. Уже при первом введение смеси отмечались быстрое купирование болевого синдрома, уменьшение паравазального отека и ограничение воспалительного процесса. Однократно процедура проводилась у 22 больных, двукратное - у 23, трехкратно - в 7 случаев.

Применение разработанного способа у пациентов подгруппы Б способствовала более быстрому и достоверному уменьшению площади

покраснения кожного покрова, что является свидетельством более раннего и адекватного купирования воспалительного процесса.

Неудовлетворительные результаты, отсутствие эффекта, или каких-либо осложнений, связанных использованием данного способа, не наблюдались. Кроме того применение данного способа повлияло на длительность нахождения пациентов в стационаре. Так, средняя длительность госпитализации пациентов подгруппы А составила $9,2 \pm 0,6$ суток, тогда как пациенты подгруппы Б находились в госпитализации в среднем на $7,1 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$).

После первого этапа лечения все пациенты данной группы подверглись радикальному хирургическому лечению в сроки от 1 до 6 месяцев.

Объем хирургических вмешательств, выполненных больным, приведен в нижеследующей таблице.

Таблица 5

Объем второго этапа хирургического вмешательства при варикотромбофлебите

Название операции	Количество пациентов	%
Комбинированная флебэктомия	41	85,4
Комбинированная флебэктомия + диссекция перфорантных вен голени по Коккету	5	10,4
Комбинированная флебэктомия + диссекция перфорантных вен голени по Линтону + резекция задней тibiальной вены	2	4,2
Всего	48	100

Одноэтапная радикальная флебэктомия при ОВТФ выполнена 37 больным (табл. 6). Обоснованием для выполнения одноэтапной радикальной хирургической коррекции ОВТФ и ВБ явились ограниченный тромботический процесс в подкожных венах у пациентов более молодого возраста и регресс воспалительного процесса по ходу вен. Такая картина наблюдалась обычно в более поздние сроки заболевания – спустя 5-7 суток от начала заболевания. Давность заболевания у этой группы больных ($n=92$) колебалась от 5 до 16 суток от начала тромботического процесса.

В большинстве случаев больным была выполнена кроссэктомия и одномоментная комбинированная флебэктомия.

В 7 случаях при недостаточности перфорантных вен производилась их диссекция по методу Коккета ($n=5$) и Линтона ($n=2$). При наличии вертикального рефлюкса по задней тibiальной вены в двух наблюдениях также осуществляли их резекцию.

Таблица 6

Характеристика одномоментно выполненных оперативных вмешательств

Название операции	Количество пациентов	%
Кроссэктомия + комбинированная флебэктомия	30	81,1
Кроссэктомия + комбинированная флебэктомия + диссекция перфорантных вен голени по Коккету	5	13,5
Кроссэктомия + комбинированная флебэктомия + диссекция перфорантных вен голени по Линтону + резекция задней тibiальной вены	2	5,4
Всего	37	100

Необходимо отметить, что в остром периоде воспалительного процесса отмечалось инфильтрация паравазальных тканей, включая и n. saphenous и его ветвей, медиального лимфатического коллектора и подкожно-жировой клетчатки. В связи с этим удаление тромбированных стволов подкожных вен при помощи зонда Гризенди является не только необоснованным, но и рискованным, так как это сопровождается высокой частотой повреждения нервных стволов и лимфатических сосудов. Операцией выбора при удалении тромбированных вен, как правило, является иссечение их путем туннелирование по Моделунгу в комбинации с операцией Нарата.

При поражении малой подкожной вены следует иметь в виду то, что в проксимальном и дистальном ее сегментах тромботический процесс находится в подфасциальном сегменте уходя глубоко в межмышечном пространстве. В таких ситуациях мы рассекали фасцию, выделяли ствол МПВ на большом протяжении вместе с впадающими в нее перфорантные вены. Лишь после перевязки ветвей и скелетизации малой подкожной вены иссекали ее.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначались антиагреганты, противовоспалительные и антигистаминные препараты, антибиотики широкого спектра действия (Ципрофлоксацин по 500 мг; Цефтриаксон по 1 гр) и обезболивающие. Эластическая компрессия нижних конечностей с соблюдением активного режима считали основными компонентами ведения послеоперационного периода.

Пятая глава диссертации «**Анализ результатов лечения острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей**». В раннем послеоперационном периоде различные специфические и неспецифические осложнения возникли у больных, характеристика которых приведена в таблице 7.

Таблица 7

Характеристика послеоперационных специфических и неспецифических осложнений

Характеристика осложнений	Одноэтапная флебэктомия	Двухэтапная флебэктомия	p
Тромбоз глубоких вен	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05
Кровотечение	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05
Повреждение подкожных нервов	6 (16,2%)	3 (6,3%)	<0,05
Нагноение и инфильтрат раны	5 (13,5%)	3 (6,3%)	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

Несмотря на комплексную консервативную терапию проводимые в послеоперационном периоде, тромбоз глубоких вен развился у 3 пациентов (у одного после двухэтапной флебэктомии, и у 2 после одномоментно оперированных больных), ТЭЛА развился у одного из них. Объем консервативной терапии при тромбозе глубоких вен соответствовал протоколу поведению больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

В 3 случаях развился кровотечение из послеоперационной раны, которые были ликвидированы консервативными методами, либо ревизией раны с лигированием сосудов.

При выполнении одноэтапной хирургической коррекции, из-за наличия не стихшего воспалительного процесса имелись более высокая частота (16,2%) повреждения n. saphenus по сравнению с пациентами оперированные в два этапа (6,3%).

Отдаленные результаты оценивали после выписки больных в сроке от 6 месяцев до 5 лет.

В таблице 8 приведены результаты анкетирования пациентов с использованием опросника CIVIQ 2.

Таблица 8

Показатели качества жизни пациентов согласно опроснику CIVIQ 2

Показатели качества жизни	Одноэтапная (n=37)	Двухэтапная (n=48)	p
Нарушения незначительны или не имеются (0-25%)	12 (32,4%)	29 (60,4%)	<0,001
Умеренные нарушения (26-50%)	19 (51,3%)	16 (33,3%)	<0,001
Серьезные нарушения (51-75%)	4 (10,8)	2 (4,2%)	>0,05
Тяжелые нарушения (75-100%)	2 (5,4%)	1 (2,1%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

У большинства больных (60,4% при двухэтапном и 32,4% при одноэтапном лечении) имелись незначительные нарушения качества жизни больных. Однако у 51,3% пациентов которым выполнено одноэтапная радикальная флебэктомия отмечалось умеренные нарушения качества жизни, тогда как этот показатель был достоверно ниже у пациентов оперированных в два этапа. Также отмечалось статистически значимое серьезное снижение качества жизни у пациентов оперированных радикально.

Несмотря на тяжесть патологии только у 9 пациентов обеих групп отмечались серьезные и тяжелые нарушения качество жизни, без статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Таким образом, у пациентов, оперированных в два этапа показатели качество жизни более хорошие, чем пациентов оперированных одноэтапно. Мониторинг определения качества жизни является важной самостоятельной характеристикой самочувствия больного и эффективности проводимого лечения. Полученные данные в ходе исследования свидетельствуют о том, что проведение двухэтапного лечения как клинически, так и социально имеет более высокую эффективность, нежели чем одноэтапной коррекции. В связи с этим выбор двухэтапной тактики при лечении ОВТФ является оправданным и может быть рекомендованным как метод выбора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Оптимизация хирургической тактики при остром тромбозе варикозно расширенных вен нижних конечностей»** были сделаны следующие выводы:

1. Острый тромбоз варикозно расширенных вен нижних конечностей наиболее часто (48,1%) встречается при С₃ степени хронической венозной недостаточности по классификации CEAP и в 46,1% тромбоз находили на уровне остиальных клапанов.

2. Хирургическая тактика и выбор объема операции при ОВТФ зависят от локализации тромботического процесса, по данным ультразвукового доплер сканирования степени риска тромбоэмболических осложнений и длительности заболевания.

3. При локализации тромботического процесса ближе к сафено-фemorальному и сафено-поплитеальному соустьям с целью профилактики ТГВ и ТЭЛА оптимальным считается кроссэктомия с проведением консервативной терапией. У пациентов молодого возраста со стихшим воспалительным процессом эффективным является одномоментная комбинированная флебэктомия.

4. Двухэтапное оперативное вмешательство способствует снижению риска развития гнойно-воспалительных раневых осложнений с 13,9% до 6,3% и частоту повреждения подкожного нерва с 16,2% до 6,3%, позволяя улучшить качество жизни пациентов.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 FOR THE
AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

DJURAEV OLIM USMON UGLI

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS IN ACUTE
THROMBOPHLEBITIS OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER
EXTREMITIES**

14.00.27 – Surgery

**ABSTRACT OF DISSERTATION (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

Samarkand – 2025

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2024.4.PhD/Tib4132.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Research leader: **Kurbaniyozov Zafar Babajanovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Buranov Khayrullo Jumaboevich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization: **Smolensk State Medical University (Russian Federation)**

The defense will take place "___" _____ 2025 at ___ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. ____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out "___" _____ 2025.

(mailing protocol register No. ____ dated _____ 2025).

N.N. Abdullaeva

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V. Shmirina

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Docent

S.E. Mamarajabov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Docent

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the work is to improve the results of surgical treatment of patients with thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities.

The object of the study were 102 patients with acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities, operated on in the angiosurgery department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2018 to 2023.

The scientific novelty of the study is as follows:

the frequency of acute thrombophlebitis among various complications of varicose veins of the lower extremities and the features of its clinical course were identified;

the effectiveness of ultrasound duplex scanning in diagnosing the level of thrombosis of the veins of the lower extremities was determined;

based on the determination of the level of localization of the thrombotic process, the severity of the inflammatory process and the duration of the disease, the volume of surgical tactics was optimized;

the clinical effectiveness of a two-stage surgical tactic for the treatment of acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities was substantiated.

Implementation of research results.

Based on the results of studies conducted to optimize surgical tactics for acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 13, 2024, No. 08/46):

the first scientific novelty: the frequency of acute thrombophlebitis among various complications of varicose veins of the lower extremities and the features of its clinical course were identified. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Karshi City Medical Association dated October 22, 2024 by orders No. 1785 and the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center dated October 22, 2023, No. 149-I / CH. Social efficiency of scientific novelty: timely diagnostics and rationally conducted treatment of acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities allows to localize the process and prevent the development of life-threatening complications. Economic efficiency of scientific novelty: the average cost of inpatient treatment for 5 days is 2,754,480 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). 754.5 thousand soums will be spent on all laboratory and instrumental examinations of patients. Conclusion: Acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities most often (48.1%) occurs in C3 degree of chronic venous insufficiency according to the CEAP classification and in 46.1% thrombosis was found at the level of ostial valves.

the second scientific novelty: the efficiency of ultrasound duplex scanning in diagnostics of the level of thrombosis of veins of the lower extremities was determined. Implementation of scientific novelty in practice: implemented in medical practice by the Karshi City Medical Association dated October 22, 2024 by orders No. 1785 and the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center

dated October 22, 2023 No. 149-I / CH. Social effectiveness of scientific novelty: the tactics and scope of treatment for acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities should be justified on the basis of ultrasound duplex scanning data on the localization of the thrombotic process and the degree of risk of thromboembolic complications. Economic effectiveness of scientific novelty: the total cost is on average 2,150,400 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Conclusion: Surgical tactics and the choice of the scope of surgery for OVTF depend on the localization of the thrombotic process, according to ultrasound Doppler scanning, the degree of risk of thromboembolic complications and the duration of the disease.

the third scientific novelty: based on determining the level of localization of the thrombotic process, the severity of the inflammatory process and the duration of the disease, the volume of surgical tactics has been optimized. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Karshi City Medical Association dated October 22, 2024 by orders No. 1785 and the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center dated October 22, 2023 No. 149-I / CH. Social efficiency of scientific novelty: a method for paravasal administration of a drug mixture for acute varicothrombophlebitis has been developed and applied, which allows for shorter relief of pain syndrome and the inflammatory process around thrombosed veins. Economic efficiency of scientific novelty: the total cost of examination using ultrasound duplex angioscanning averages 380,000 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Conclusion: When the thrombotic process is localized closer to the saphenofemoral and saphenopopliteal junctions, crosssection with conservative therapy is considered optimal for the prevention of DVT and PE. In young patients with a subsided inflammatory process, one-stage combined phlebectomy is effective.

the fourth scientific novelty: the clinical effectiveness of a two-stage surgical tactic for the treatment of acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities is substantiated. Implementation of scientific novelty into practice: introduced into medical practice by the Karshi City Medical Association dated 10.22.2024 by orders No. 1785 and the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10.22.2023 No. 149-I / CH. Social efficiency of scientific novelty: two-stage surgical intervention helps to reduce the risk of purulent-inflammatory wound complications and the frequency of damage to the saphenous nerve, improving the quality of life of patients. Economic efficiency of scientific novelty: treatment of patients in a hospital usually costs an average of 5,173,450 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Conclusion: Two-stage surgical intervention helps to reduce the risk of purulent-inflammatory wound complications from 13.9% to 6.3% and the frequency of damage to the saphenous nerve from 16.2% to 6.3%, improving the quality of life of patients.

Structure and scope of the dissertation.

The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 111 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К. Обоснование применения миниинвазивных методов коррекции хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2024. № 6. – С.110-113 (14.00.00; №13).

2. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - №1 (151). - С. 382-386 (14.00.00; №19).

3. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Обоснование миниинвазивных методов хирургического лечения декомпенсированных форм варикозной болезни нижних конечностей // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - №1 (151). - С. 94-97 (14.00.00; №19).

4. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Особенности хирургической тактики при остром тромбозе варикозно расширенных вен нижних конечностей // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - №6 (157). - С. 61-64 (14.00.00; №19).

5. Курбаниязов З.Б., Жураев О.У., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Выбор объема хирургической операции при остром варикотромбозе // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - №6 (157). - С. 98-100 (14.00.00; №19).

6. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Сурункали веноз этишмовчилиги билан касалланган беморларни даволашнинг замонавий усуллари // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - №3 (154). - С. 75-78 (14.00.00; №19).

7. Курбаниязов З.Б., Жураев О.У., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э. Оёқларнинг сурункали веноз этишмовчилиги бўлган беморларда трофик яраларнинг хусусиятлари // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - №3 (154). - С. 398-402 (14.00.00; №19).

8. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К. Оёқларнинг сурункали веноз этишмовчилигида трофик яралар // Биомедицина ва амалиёт журнали. - 2023. - 8-жилд, 6-сон. – С. 279-286 (14.00.00; №24).

9. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К. Оёқларда сурункали веноз этишмовчилигини жарроҳлик йўли билан даволаш // Биомедицина ва амалиёт журнали. - 2023. - 8-жилд, 6-сон. – С. 287-293 (14.00.00; №24).

10. Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Хурсанов Ё.Э. Ўткир варикотромбозларнинг клиник характеристикаси ва вена тизимларини тадқиқот натижалари // Биомедицина ва амалиёт журнали. - 2024. - 9-жилд, 5-сон. – С. 101-107 (14.00.00; №24).

11. Жураев О.У., Сатторов А.Х., Хурсанов Ё.Э. Результаты ультразвукового доплер ангиосканирования при варикотромбофлебите // Новый день в медицине. - 2024. - № 10 (72). – С. 222-227 (14.00.00; №22).

12. Махмудов С.Б., Жураев О.У., Сатторов А.Х. Новые хирургическое лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 10. – С. 117-124. (ICV 69.78).

13. Zhuraev O.U., Kurboniazov Z.B., Sayinaev F.K. Justification of minimally invasive surgical methods for the treatment of decompensated forms of varicose veins of the lower extremities // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2023. – Т. 05. – №. 12. – С. 50-54. (SJIF (7.396) / 2023).

14. Zhuravyev O.U., Kurbaniyazov Z.B., Sayinaev F.K. Chronic venous insufficiency and trophic ulcers of the lower extremities // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2023. – Т. 05. – №. 12. – С. 55-62. (SJIF (7.396) / 2023).

II бўлим (II часть; part II)

15. Курбаниязов З.Б., Джураев О.У. Определение стратегии хирургического вмешательства при остром варикозном тромбофлебите // Toshkent tibbiyot akademiyasi termiz filiali // “Umumiy xirurgiya va xirurgik kasallaklarning dolzarb masalalari”/ Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami. Toshkent -2025 P.218.

16. Сайинаев Ф.К., Джураев О.У., Курбаниязов З.Б. Обоснование миниинвазивных методов хирургического лечения декомпенсированных форм варикозной болезни нижних конечностей // Toshkent tibbiyot akademiyasi termiz filiali // “Umumiy xirurgiya va xirurgik kasallaklarning dolzarb masalalari”/ Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami. Toshkent -2025 P.244.

17. Усаров Т.А., Джураев О.У. Хирургический подход к лечению острого тромбофлебита при варикозе вен нижних конечностей // Toshkent tibbiyot akademiyasi termiz filiali // “Umumiy xirurgiya va xirurgik kasallaklarning dolzarb masalalari”/ Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami. Toshkent -2025 P.253.

18. Хурсанов Ё.Э., Джураев О.У. Обоснование миниинвазивных методов хирургического лечения декомпенсированных форм варикозной болезни нижних конечностей // Toshkent tibbiyot akademiyasi termiz filiali // “Umumiy xirurgiya va xirurgik kasallaklarning dolzarb masalalari”/ Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami. Toshkent -2025 P.270.

19. Хурсанов Ё.Э., Джураев О.У. Хирургические способы лечения хронической венозной недостаточности на ногах // Toshkent tibbiyot akademiyasi termiz filiali // “Umumiy xirurgiya va xirurgik kasallaklarning dolzarb

masalalari”/ Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami. Toshkent - 2025 P.271.

20. Курбаниязов З.Б., Джураев О.У. Хирургическое лечение острого тромбоза варикозно расширенных вен нижних конечностей. Методика тавсиянома. Самарканд, “Europe style” МСНЖ нашриёти, 2024 йил.

21. Джураев О.У., Умедов Х.А. Ўткир тромбоз билан асоратланган оёқ веналари варикоз касаллигини жаррохлик йули билан даволашни янги методлари. O`zbekiston Respublikasi Adliya Vazirligi huzuridagi intellektual mulk agentligi 02/11/2024-yil. №DGU 43726