

мувофиқкунони ташхис ва амалиёти такрорӣ реконструктивӣ беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи оризаҳои пасазҷарроҳии амалиёти такрорӣ дар мавзеи маъяду рӯдаи рост дар мавриди кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2007 то 2019 дар шӯъбаҳои ҷарроҳии кӯдаконаи рақами 1-и ГКДБ ТашПМИ ва МДОБ СамМИ бо сабаби АТ мавзеи маъяду рӯдаи рост 62 бемор қарор доштанд. Ҳамаи беморон аз муоинаи комплексӣ - муоинаи клиникӣ бо таҳқиқоти ректалӣ, ташхиси лабораторӣ, ТУС бо доплери рағҳои узвҳои ковокии шикам ва коси хурд, миографияи дастгоҳи пушандаи рӯдаи рост, рентгенологӣ, ТМР ва таҳқиқоти эндоскопӣ гузаштанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Зимни ҷараёни омӯзиши маълумотҳои катамнезӣ ва клиникии муоинаи 62 кӯдаки то 18 сола, ки ба АТ эҳтиёҷдоранд, ҳатогӣ ва камбудихое ошкор карда шуданд, ки хусусияти тактикий, техникӣ ва яқоядоранд.

Хулоса. Таҳлили сабабҳои ҳатогӣҳо, мувофиқкунони ташхис, тактикаи ҷорабиниҳои дохили-амалиётӣ ва пасазҷарроҳии пешгирӣ барои беҳтар гардидани натиҷаҳои муолиҷаи АТ дар мавзеи маъяду рӯдаи рост дар кӯдакон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: Оризаҳои пасазҷарроҳӣ, амалиёти такрорӣ тасҳеҳкунанда, мавзеи маъяду рӯдаи рост, ҳатогӣҳои тактикий ва техникӣ.

УДК 616.147.3-007.26-089.168

К.П. Черных¹, К.Г. Кубачев², Н.Д. Мухиддинов³

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Александровская больница»

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – д.м.н., заведующий кафедрой хирургии и эндовидео-хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ уровня качества жизни (КЖ) у больных с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) в госпитальном и отдаленном периоде наблюдения после эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) и комбинированной флебэктомии (КФ).

Материалы и методы исследования. В данное проспективное исследование включено 408 пациентов с ВБНК прооперированных за период с 2013 - 2017. В зависимости от стратегии лечения больные были распределены на две группы: группа 1 – пациентам проводилась ЭВЛО. В группу вошли 257 пациентов, что составило 63% от включенных в исследование; группа 2 – пациентам проводилась КФ. В группу вошел 151 пациент, что составило 37% от включенных в исследование. На предоперационном этапе был определен спектр клинических проявлений ХВН в соответствии с клинической, этиологической, анатомической и патофизиологической системой классификации (СЕАР). Для оценки КЖ использовалось два типа шкал: Chronic Venous Disease severity of life Questionnaires (CIVIQ) и SF-36 Health Status Survey.

Результаты и обсуждение. Через 2 года после проведенного лечения по данным шкалы CIVIQ отмечается статистически значимая динамика КЖ при применении обеих тактик лечения. При межгрупповом сравнении показателей через два года после проведенного лечения выявляется статистически значимое различие ($p=0,008$), что обусловлено наличием феномена реканализации (рецидива) по данным УЗИ и частичным возвратом симптоматики ХВН у больных группы КФ. При межгрупповом сравнении результатов опроса по шкале SF-36 через 2 года лечения определяется ряд значимых различий. Так группа ЭВЛО показала более высокие уровни качества жизни по большинству показателей.

Заключение. Таким образом, обе стратегии лечения статистически значимо поднимали уровень качества

жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдения. Однако ЭВЛО показала большую эффективность в динамике данного показателя относительно пациентов с КФ, что, вероятнее всего было обусловлено наличием реканализации у каждого второго пациента второй группы через два года наблюдения.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, эндовазальная лазерная облитерация, комбинированная флебэктомия, госпитальный период, отдаленный период, качество жизни.

K.P. Chernykh, K.G. Kubachev, N.D. Muhiddinov

LIFE QUALITY DYNAMICS OF PATIENTS AFTER ENDOVENOUS LASER OBLITERATION AND COMBINED PHLEBECTOMY

St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Alexandrovskaya City Hospital"

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation

State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

Mukhiddinov Nuriddin Davlataliyevich – doctor of medical sciences; head of the Department of surgery and endo-video surgery of State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

Aim. To analyze the life quality of patients with varicose veins of lower limbs (VVLL) during hospital and long-term observation after endovenous laser obliteration (EVLO) and combined phlebectomy (CF).

Material and method. This prospective study included 408 patients with varicose veins of lower limbs who underwent surgery for the period from 2013 - 2017. Based on treatment strategy, patients were divided into two groups: the first group included 257 (63%) patients that underwent EVLO; patients of the second group included patients that underwent CF in the number of 151 (37%) patients. At the preoperative stage, the spectrum of clinical manifestations of CVI was determined based on the clinical, etiological, anatomical and pathophysiological classification system (CEAP). To assess the life quality, two types of scales were used: Chronic Venous Disease quality of life Questionnaires (CIVIQ) and SF-36 Health Status Survey.

Results and discussion. 2 years after the treatment, according to the CIVIQ scale, statistically significant life quality dynamics using both treatment tactics were observed. Comparison of the indicators two years after the treatment revealed a statistically significant difference ($p = 0.008$) due to the presence of the phenomenon of recanalization (relapse) according to ultrasound and a partial return of CVI symptoms in patients of the CF group. A comparison of the survey results between groups according to the SF-36 scale in 2 years after the treatment showed significant differences. The EVLO group showed higher levels of life quality in most indicators.

Conclusion. Thus, both treatment strategies statistically significantly increased the life quality of patients in the long-term postoperative follow-up period. However, EVLO showed greater effectiveness in the dynamics of this indicator in comparison to CF, which was most likely due to the presence of recanalization in every second patient of the second group after two years of observation.

Keywords: chronic venous insufficiency of the lower extremities, endovenous laser obliteration, combined phlebectomy, hospital period, long-term period, quality of life.

Актуальность. Хроническая варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) – это заболевание, характеризуется отрицательной тенденцией к прогрессированию [1, 2]. Данное состояние охватывает целый каскад патофизиологических последствий венозной гипертензии в нижних конечностях, которые могут иметь различную этиологию.

Факторами риска развития ВБНК являются: избыточная масса тела (ИМТ), низкая физическая активность, высокое артериальное давление, пожилой возраст, менопауза, курение, семейный анамнез, женский пол, беременность, снижение мобильности [3, 4].

Признаки ВБНК включают в себя экзему, ги-

перпигментацию, телеангиоэктазию, варикозное расширение вен, отеки и т.д. [5, 6]. Среди симптомов выделяют различные степени и формы дискомфорта в ногах (боль, отечность, тяжесть, судороги, жжение), которые значимо влияют на качество жизни и приводят к потере работоспособности [4].

По данным ряда исследований ВБНК обычно диагностируется по наличию варикозного расширения вен и варьирует от 5% до 65%, в зависимости от географической локализации: как правило, более высокая встречаемость характерна для западных стран относительно развивающихся [5].

Тем не менее, международное проспективное

исследование VeinConsult, в котором приняли участие более 90 000 пациентов, продемонстрировало, что распространенность симптоматических ВБНК примерно одинакова во всем мире с распространенностью 78% в западных странах Европы, 87% в Восточной Европе, 88% в Латинской Америке, 85% на Ближнем Востоке и 87% на Дальнем Востоке [6]. Среди инвазивных методов лечения наибольшую популярность, характеризующуюся высокой радикальностью, получили эндовазальная лазерная облитерация (ЭВЛО) и комбинированная флебэктомия (КФ). Их эффективность и безопасность была доказана во многих исследованиях. Однако до сих пор недостаточно данных, сравнивающих влияние обоих методов на качество жизни (КЖ) [3, 6]. Данный параметр является интегральным показателем для больных ВБНК, отражающим уровень психологической и физической адаптации пациента до лечения и динамику после.

Цель исследования: анализ уровня КЖ у больных с ВБНК в госпитальном и отдаленном периоде наблюдения после ЭВЛО и КФ.

Материалы и методы исследования. В данное проспективное исследование включено 408 пациентов с ВБНК прооперированных за период с 2013-2017.

В зависимости от стратегии лечения больные были распределены на две группы: группа 1 – пациентам проводилась ЭВЛО. В группу вошли 257 пациентов, что составило 63% от включенных в исследование; группа 2 – пациентам проводилась КФ. В группу вошел 151 пациент, что составило 37% от включенных в исследование.

На предоперационном этапе был определен спектр клинических проявлений ХВН в соответствии с клинической, этиологической, анатомической и патофизиологической системой классификации (СЕАР).

Для оценки КЖ использовались дватипашкал: Chronic Venous Disease quality of life Questionnaires (CIVIQ) и SF-36 Health Status Survey [10]. Шкала CIVIQ обладает наибольшей чувствительностью в отношении индикации изменения симптомов ХВН. Она включает в себя физические, психологические, социальные и болевые характеристики, а также определяет балл поражения с градацией от 0 (худший) до 100 (лучший). Шкала SF-36 включает в себя 36 неспецифических вопросов, которые распределены на 8 групп: психическое состояние, эмоциональное состояние, социальное состояние, жизнеспособность, общее состояние здоровья, боль, ролевая деятельность и физическое

функционирование. Данный опросник является универсальным и может применяться при разных соматических заболеваниях.

Для статистической обработки данных использовались пакеты прикладных программ Microsoft Office Excel 2013, IBM SPSS Statistics Base Campus Value Unit License v.24. Нормальность распределения признака оценивали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Качественные данные исследования представлялись с использованием абсолютных и относительных показателей (доли, %). При нормальном распределении для описания материала исследования использовались среднее значение (M) и стандартное отклонение (δ) признаков, при распределении признака, отличного от нормального – медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й квартили). Проверка статистической гипотезы о равенстве средних в двух независимых группах по количественным признакам, в случае распределения, отличного от нормального, проводилась с помощью непараметрического критерия Манна Уитни (Mann-Whitney U-test) при уровне значимости $p < 0,05$. Для оценки статистической значимости качественных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (четырехпольная таблица) – критерий χ^2 Пирсона. В случае, когда одно из ожидаемых значений составляет от 5 до 9, критерий χ^2 рассчитывался с поправкой Йейтса. При частотах меньше 5 применялся точный метод Фишера. При критическом уровне значимости $p < 0,05$, различия считались статистически значимыми. При использовании точного метода Фишера значение, полученное в ходе расчета критерия, соответствует точному значению уровня значимости p .

Результаты исследования и обсуждение. Согласно классификации СЕАР, группы по большинству показателей не имеют статистически значимых различий. В четверти всех случаев пациенты имели отеки нижних конечностей, каждый седьмой – трофические изменения кожных покровов, реже всего – язвенные поражения. Наиболее чаще определялся показатель С2 в виде наличия варикозно-измененных подкожных вен. Структура субъективных симптомов также не имела статистически значимых различий. В преобладающем большинстве во всей выборке определялись субъективные симптомы заболевания. Анализируя этиологическую природу заболевания лишь в единичных случаях, патология была вторичной с известной причиной развития (табл. 1). Нарушение венозного оттока во всех группах наиболее часто

проявлялось в виде ВР. Случаев изолированной окклюзии диагностировано не было. У каждого десятого больного в общей выборке рефлюкс сочетался с окклюзией (таб. 1). По наличию анатомического поражения венозной системы группы также значимо не различались. Наиболее часто изменения фиксировались на уровне БПВ бедра и голени. МПВ была деформирована лишь у каждого десятого пациента. Измененные перфоранты голени определялись в единичных случаях.

Чтобы сформировать представление об уровне качества жизни в обеих группах, пациенты были проанкетированы по двум опросникам. Итоги тестирования значимо не отличались, несмотря на то, что в группе КФ имела тенденция к большему баллу.

По результатам проведенного опроса статистически значимых различий между групп получено не было. Однако также, как и при анализе теста CIVIQ, группа ЭВЛО превосходила группу КФ в абсолютных значениях. Таким образом можно сделать заключение о более высоких показателях среди больных с ЭВЛО по физической активности (меньшая ограниченность физических нагрузок), ролевому функционированию (активная повседневная деятельность), интенсивности боли (меньшая выраженность болевого синдрома), общему состоянию здоровья, жизненной активности (высокий энергетический тонус), социальному функционированию, ролевому функционированию (устойчивое эмоциональное состояние), психологическому здоровью (низкая приверженность к депрессии).

Обобщая результаты двух опросников, статистически значимых различий получено не было. Однако группа КФ характеризовалась более низким уровнем качества жизни, что вероятно обусловлено более длительным стажем заболевания в этой когорте больных.

Через 2 года после проведенного лечения пациенты были снова проанкетированы опросниками CIVIQ и SF-36.

По данным шкалы CIVIQ отмечается статистически значимая динамика КЖ при применении обоих тактик лечения (таб. 1).

При межгрупповом сравнении показателей через два года после проведенного лечения выявляется статистически значимое различие ($p = 0,008$), что обусловлено наличием феномена реканализации по данным УЗИ и частичным возвратом симптоматики ХВН у больных группы КФ.

При анализе результатов опросника SF-36 в группе ЭВЛО и в группе КФ, через год после вмешательства определяется положительная динамика по всем показателям.

Таблица 1

Качество жизни в предоперационном периоде по данным опросника CIVIQ

Стратегия лечения	Средний балл до лечения (M±m)	Средний балл через 2 года после лечения (M±m)	p
ЭВЛО	45,3(±1,6)	21,6(±1,8)	0,03
КФ	41,7(±1,5)	30,5(±2,3)	0,044

При межгрупповом сравнении результатов опроса по шкале SF-36 через 2 года лечения определяется ряд значимых различий (таб. 2)

Так группа ЭВЛО показала более высокие уровни качества жизни в таких категориях как физическое функционирование (PF), выраженность болевого синдрома (BP), жизненная активность (VT), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE).

Заключение. Таким образом, обе стратегии лечения статистически значимо поднимали уровень качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдения. Однако ЭВЛО показала большую эффективность в динамике данного показателя относительно пациентов с КФ, что, вероятнее всего было обусловлено на-

Таблица 2

Межгрупповое сравнение уровня качества жизни через 2 года после лечения по данным опросника SF-36

Стратегия лечения	Средний балл (M±m)							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
ЭВЛО	92,4 (±1,2)	88,3 (±3,5)	77,4 (±1,9)	70,5 (±2,7)	69,1 (±1,9)	78,0 (±3,2)	86,1 (±2,4)	70,2 (±1,5)
КФ	86,3 (±1,5)	85,2 (±2,4)	72,5 (±1,6)	67,1 (±2,0)	65,3 (±1,7)	75,0 (±2,2)	80,5 (±1,5)	68,4 (±1,3)
p	0,001	0,35	0,02	0,19	0,05	0,09	0,0001	0,44

личием реканализации у каждого второго пациента второй группы через два года наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 2-6 см. в REFERENCES)

1. Гаибов А.Д. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / А.Д. Гаибов, О.Н. Садриев, Э.С. Джуракулов, Д.Д. Султанов // Вестник Авиценны. - 2016. - №3 (68). - С. 95-103.

REFERENCES

1. Gaibov A.D. Vazhneyshie aspekty diagnostiki i lecheniya ostrogo varikotromboflebita [The most important aspects of the diagnosis and treatment of acute varicothrombophlebitis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2016, No. 3(68), pp. 95-103.

2. Davies AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Advances in Therapy*, 2019. doi: 10.1007/s12325-019-0881-7.

3. Eberhardt R.T., Raffetto J. D. Chronic venous insufficiency. *Circulation*, 2014, Vol. 130, pp. 333–346. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898.

4. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological Mechanisms of Chronic Venous Disease and Implications for Venoactive Drug Therapy. *International Journal of Molecular Sciences*, 2018, No. 5, Vol. 19(6). doi: 10.3390/ijms19061669.

5. Imbernon-Moya A, Ortiz-de Frutos FJ, Sanjuan-Alvarez M, Portero-Sanchez I, Merinero-Palomares R, Alcazar V. Pain and analgesic drugs in chronic venous ulcers with topical sevoflurane use. *Journal of Vascular Surgery*, 2018. doi:10.1016/j.jvs.2017.11.071.

6. Rabe E., Guex J.J., Puskas A., Scuderi A., Fernandez Quesada F. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: Results from the Vein Consult Program. *International Angiology*, 2012, Vol. 31, pp. 105–115.

ХУЛОСА

К.П. Черных, К.Г. Кубачев, Н.Д. Мухиддинов

ДИНАМИКАИ ҚИМАТИ СИФАТИ УМР ДАР БЕМОРОН ПАС АЗ ИНСИДОДИ ЭНДОВАЗАЛИИ ЛАЗЕРҲИ ВА ФЛЕБЭКТО- МИЯИ ОМЕХТА

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили сатҳи сифа-

ти умр (СУ) дар мавриди беморони гирифтори бемории варикозии пойҳо (БВП) дар марҳилаи беморхонавӣ ва дури муоина пас аз инсидоди эндовазалии лазерӣ (ИЭВЛ) ва флекбэктомияи омехта (ФО).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зимни дурнамои таҳқиқот 408 бемори гирифтори БВП ворид карда шуд, ки дар давраи солҳои 2013 то 2017 ҷарроҳӣ шуданд. Дар алоқамандӣ бо стратегияи муолиҷа беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: ба гурӯҳи якуми беморон ИЭВЛ гузаронида шуд. Ба гурӯҳи 257 бемор шомил буд, ки 63% ба таҳқиқот шомил-будагонро ташкил меод; ба гурӯҳи дуюм бошад, ФО гузаронида шуд. Гурӯҳи дуюм аз 151 иборат буд, ки 37%-и ба таҳқиқот шомил-будагонро ташкил меод. Дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ спектри зухуроти клиникаи ХВН мувофиқи системаи таснифоти (CEAP) клиникӣ, этиологӣ, анатомӣ ва патофизиологӣ муайян карда шуд. барои арзёбии СУ ду навъи шкала ба кор бурда шуд: Chronic Venous Disease severity of life Questionnaires (CIVIQ) ва SF-36 Health Status Survey.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Пас аз ду соли муолиҷа, ки тибқи маълумотҳои CIVIQ ба амал оварда шуд, динамикаи аз ҷиҳати омори муҳими СУ ҳангоми истифодаи ҳар ду тактикаи муолиҷа ба мушоҳида расид. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи байни гурӯҳҳо пас аз ду соли муолиҷа фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим ($p=0,008$) зоҳир мешавад, ки мавҷудияти феномени реканализатсия (такроршавӣ)-ро тибқи маълумотҳои ТУС ва қисман баргаштани симптоматикаи ХВН дар мавриди беморони гурӯҳи ФО асоснок менамояд. Дар ҳолати муқоисаи байнигурӯҳии натиҷаҳо пас аз ду соли муолиҷа пурсиш тибқи шкалаи SF-36 як зумра фарқиятҳои муҳимро муайян мекунад. Ҳамин тавр, гурӯҳи ИЭВЛ сатҳи нисбатан баланди сифати умрро аз рӯйи нишондодҳои зиёде ба маъраи гузошт.

Хулоса. Ҳамин тавр, ҳар ду стратегияи муолиҷа дар марҳилаи муоинаи дури пасазҷарроҳӣ сифати умри беморонро аз ҷиҳати оморӣ хеле баланд бардоштанд. Вале ИЭВЛ дар динамикаи самаранокии нишондодҳои мазкурро дар нисбати беморони ФО бештар нишон дод, ки эҳтимол асоси онро мавҷудияти реканализатсия дар ҳар бемори дуюми гурӯҳи сонӣ пас аз ду соли мушоҳида ташкил медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: нокифоягии музмини варидии пойҳо, инсидоди эндовазалии лазерӣ, флекбэктомияи омехта, марҳилаи госпиталӣ, марҳилаи дур, сифати умр.