



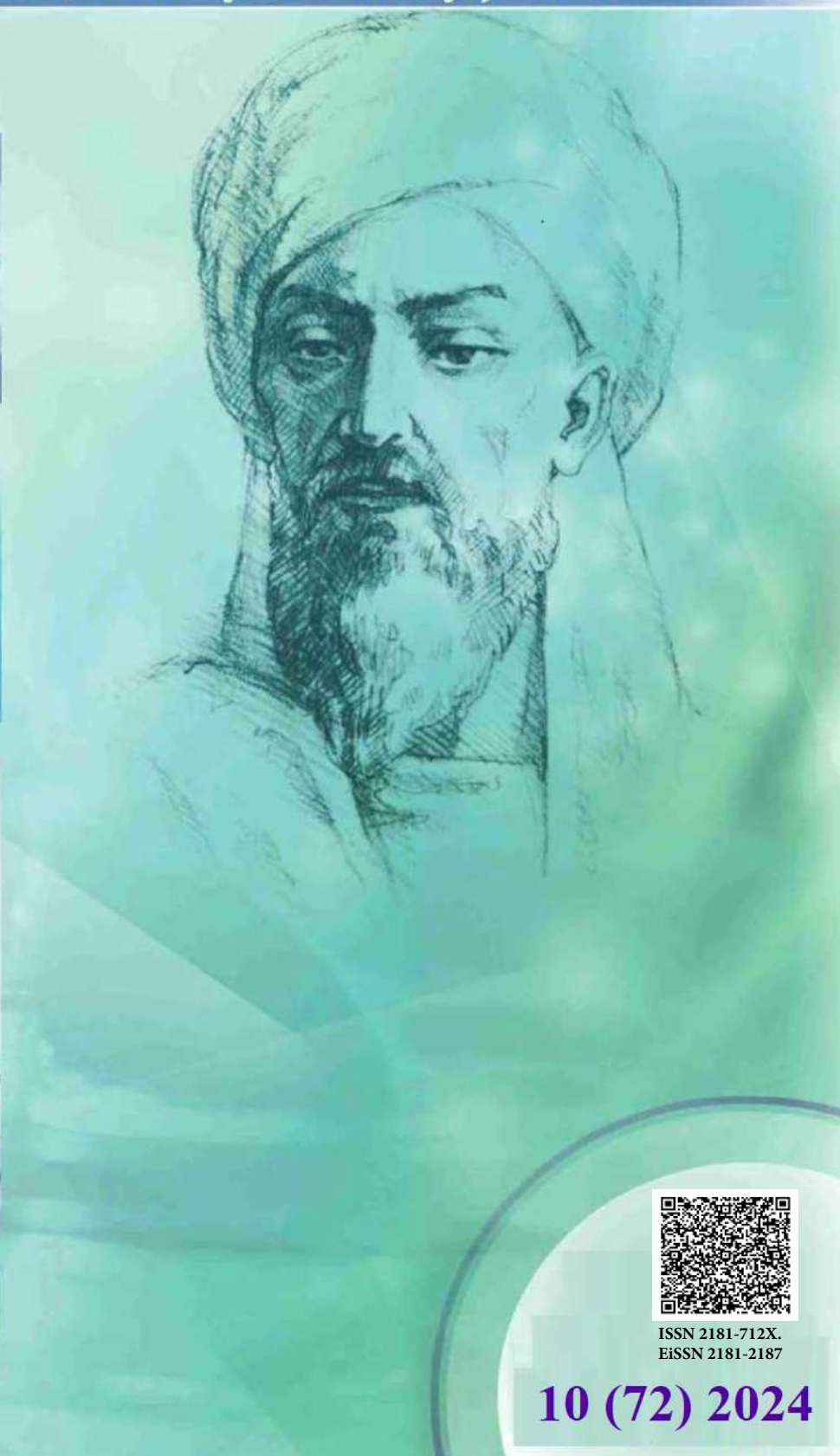
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.147.3-002-08

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОПЛЕР АНГИОСКАНИРОВАНИЯ ПРИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ

¹Жураев О.У., ²Сатторов А.Х., ²Хурсанов Ё.Э.,

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

² Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 102 больных с острым тромбофлебитом варикозно расширенных вен нижних конечностей. Острый тромбофлебит 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. 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.

Ключевые слова. Варикозная болезнь нижних конечностей, тромбофлебит, ультразвуковое доплер ангиосканирование.

RESULTS OF ULTRASONIC DOPPLER ANGIO SCANNING IN VARICOTROMBOPHLEBITIS

¹Juraev O.U., ²Sattorov A.Kh., ²Khursanov Y.E.

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

The study is based on the analysis of the results of diagnosis and treatment of 102 patients with acute thrombophlebitis of varicose veins of the lower extremities. 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 the ostial valves. Surgical tactics and the choice of the volume 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.

Key words. Varicose veins of the lower extremities, thrombophlebitis, ultrasound Doppler angioscanning.

VARIKOTROMBOFLEBITDA ULTRATOVUSH DOPLER ANGIOSKANNING NATIJALARI

¹Jurayev O.U., ²Sattorov A.X., ²Xursanov E.E.

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Rezyume**

Tadqiqot pastki ekstremitalarning varikoz tomirlarining o'tkir tromboflebiti bilan og'rigan 102 nafar bemorni tashxislash va davolash natijalarini tahlil qilishga asoslangan. Pastki ekstremitalarning varikoz tomirlarining o'tkir tromboflebiti ko'pincha (48,1%) CEAP tasnifiga ko'ra C3 darajali surunkali venoz etishmovchilikda uchraydi va 46,1% tromboz osti klapanlari darajasida aniqlanadi. Jarrohlik taktikasi va AVTF uchun jarrohlik ko'lamini tanlash, Doppler ultratovush tekshiruviga ko'ra, trombotik jarayonning lokalizatsiyasiga, tromboembolik asoratlar xavfi darajasiga va kasallikning davomiyligiga bog'liq.

Kalit so'zlar. Pastki ekstremitalarning varikoz tomirlari, tromboflebit, ultratovush Doppler angioskanning.

Актуальность

Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться самым часто встречающимся urgentным сосудистым заболеванием, частота которого по некоторым данным достигает до 17,2% [1,3].

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 [2,5].

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 тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [4,6].

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. Наиболее тяжёлым исходом сочетанного тромбоза является синяя флегмазия (венозная гангрена), которая встречается у 1,5% больных.

Целью исследования является определить эффективность ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике и выборе метода хирургического лечения острого тромбофлебита варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Материал и методы

В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 102 больных с острым тромбофлебитом варикозно расширенных вен нижних конечностей, находившихся в 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±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 развивался на фоне зажившей венозной трофической язвы.

Длительность существования варикозной болезни нижних конечностей варьировалась 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 имела 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 сутки от начала заболевания и лишь 44,9% из них были госпитализированы в сроки до 3-х суток.

Распространение тромботического процесса в области бедра и голени в зависимости от давности заболевания приведены в следующем 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

Результат и обсуждение

При осмотре у всех больных отмечалась тромбированные варикозно расширенные вены системы большой или подкожной венах, которые проявились в виде шнуrowидного уплотнения и болезненности вен (рис. 1).

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.



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)

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 подколленно-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 тенденции 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.

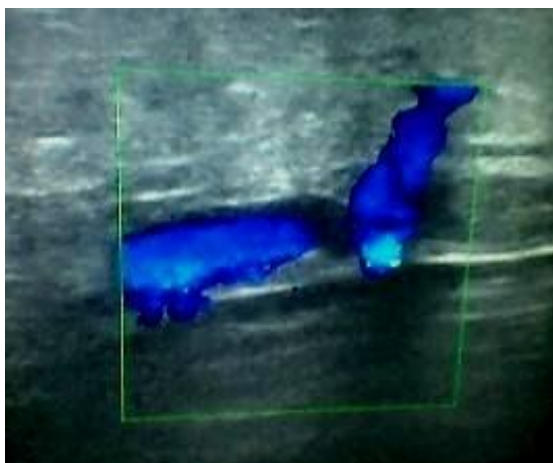


Рис. 3. УЗДАС. Распространение тромба через сафено-бедренного соустья (стрелкой указана верхушка тромба)



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 отмечался 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 ОБТФ 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.

Выводы

1. 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.
2. Острый тромбофлебит 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.
3. 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Shepherd A.C., Gohel M.S., Lim C.S., Davies A.H. (2010). The treatment of superficial venous insufficiency. //Phlebology, 2010;25(2):46-52.
2. Morrison, N., Neuhardt, D. L., Rogers, C. R., et al. (2013). Surgical treatment of superficial vein thrombosis: results of the VeClose trial. //Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2013;1(3):173-180.
3. Eklof B., Perrin M., Delis K. T., Rutherford R. B., Gloviczki P. (2009). Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. //Journal of Vascular Surgery, 2009;49(2):498-501.
4. Zolotukhin I.A., Seliverstov E.I., Shevtsov Y.N., Kirienko A.I. (2015). Surgical treatment of varicose vein thrombosis in the lower extremities. //Angiology and Vascular Surgery, 2015;21(2):23-29.
5. Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C., Eklof B.G., Gillespie D.L., et al. (2011). The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. //Journal of Vascular Surgery, 2011;53(5):2S-48S.
6. Alguire P.C., Mathes B.M. (2016). Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis of the lower extremity: diagnosis and treatment. //Journal of the American Academy of Dermatology, 2016;74(5):957-972.

Поступила 20.09.2024

