

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



Сайинаев Фаррух Караматович, Каюмов Алишер Наим угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОЁҚ ТЕРИ ОСТИ ВЕНАЛАРИ ТРОМБОФЛЕБИТИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИН БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ ВА МЕҲНАТ ҚОБИЛИЯТИНИНГ ТИКЛАНИШИ

Сайинаев Фаррух Караматович, Каюмов Алишер Наим ўғли
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

QUALITY OF LIFE AND RESTORATION OF WORKING CAPACITY AFTER DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF THROMBOPHLEBITIS OF THE SUPERFICIAL VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

Sayinaev Farrukh Karamatovich, Kayumov Alisher Naim ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги. Даволаш тактикасининг ўткир тромбофлебитни бошидан кечирган беморлар ҳаёт сифатига таъсири деярли ўрганилмаган, ҳолбуки касаллик асосан меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларни зарарлайди. Тадқиқот мақсади - дифференциаллашган хирургик тактикада ҳаёт сифати динамикаси ва меҳнат қобилияти тикланиш муддатларини анъанавий тактика билан таққослаб баҳолаш. Материал ва усуллар. Балли хавф стратификацияси алгоритми бўйича даволанган 92 бемор ва анъанавий даволанган 81 бемор таққосланди; ҳаёт сифати CIVIQ-20 сўровномаси билан дастлаб, 45-кун, 6, 12 ва 24 ойда баҳоланди. Натижалар. Бир хил дастлабки қийматларда CIVIQ-20 умумий балли асосий гуруҳда барча муддатларда паст бўлди (24 ойга $22,9 \pm 6,4$ га қарши $29,5 \pm 8,1$; $p < 0,001$); энг яхши натижалар эндовеноз лазер коагуляциясидан кейин олинди. Меҳнатга лаёқатсизлик 19,4 дан 12,6 кунгача, такрорий госпитализациялар 9,9 % дан 2,2 % га қисқарди. Хулоса. Дифференциаллашган тактика барча кузатув муддатларида ҳаёт сифатини яхшилайдиган ва беморларнинг меҳнатга қайтишини тезлаштиради.

Калит сўзлар: ҳаёт сифати, CIVIQ-20, тери ости веналари тромбофлебити, меҳнат қобилияти, эндовеноз лазер коагуляцияси, дифференциаллашган тактика.

Abstract. Relevance. The impact of treatment strategy on quality of life after acute superficial vein thrombophlebitis is almost unstudied, although the disease predominantly affects people of working age. Aim - to assess quality-of-life dynamics and terms of restoration of working capacity under a differentiated surgical approach compared with the traditional one. Materials and methods. 92 patients managed by a risk-score-based algorithm were compared with 81 patients treated traditionally; quality of life was assessed with the CIVIQ-20 questionnaire at baseline, on day 45, and at 6, 12, and 24 months. Results. With identical baseline values, the total CIVIQ-20 score in the main group was lower at all time points (22.9 ± 6.4 versus 29.5 ± 8.1 at 24 months; $p < 0.001$); the best results were achieved after endovenous laser ablation. Sick leave shortened from 19.4 to 12.6 days, and readmissions decreased from 9.9% to 2.2%. Conclusions. The differentiated approach improves quality of life at all follow-up terms and accelerates patients' return to work.

Key words: quality of life, CIVIQ-20, superficial vein thrombophlebitis, working capacity, endovenous laser ablation, differentiated approach.

Введение. Оценка результатов лечения заболеваний вен нижних конечностей в современной флебологии не ограничивается частотой осложнений и рецидивов: обязательным компонентом признана оценка исхода с позиции самого

больного. Хронические заболевания вен закономерно снижают качество жизни, ограничивая физическую активность, трудоспособность и социальное функционирование, а перенесённый эпизод тромбофлебита подкожных вен усугубляет

эти ограничения болевым синдромом, страхом рецидива и косметическими последствиями [1, 2, 9]. Специфический опросник CIVIQ-20, валидированный для хронической венозной недостаточности [1], и визуально-аналоговая оценка косметического результата позволяют количественно охарактеризовать эту сторону исхода.

Тромбофлебит подкожных вен поражает преимущественно людей трудоспособного возраста, вследствие чего сроки восстановления трудоспособности приобретают самостоятельное медико-социальное и экономическое значение. Вместе с тем в исследованиях поверхностного венозного тромбоза качество жизни и трудоспособность до настоящего времени оценивались редко: рандомизированные исследования сосредоточены на тромбоэмболических конечных точках [10, 11], а наблюдательные программы - на частоте поздних событий [7, 8]. Влияние лечебной тактики - консервативной, открытой хирургической или эндовасальной - на качество жизни больных, перенёвших острый тромбофлебит, остаётся практически не изученным, что и определило задачу настоящей работы.

Цель исследования. Оценить динамику качества жизни и сроки восстановления трудоспособности больных острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей при применении дифференцированной хирургической тактики, основанной на балльной стратификации эмбологического риска, в сравнении с традиционной тактикой.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 173 больных острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей, лечившихся в клинике Самаркандского государственного медицинского университета: 92 больных основной группы (2022–2025 гг.), у которых объём и сроки вмешательства определялись классом эмбологического риска по балльной шкале, и 81 больного группы сравнения (2018–2021 гг.), ведённого по традиционной тактике. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, характеру трудовой деятельности и исходной тяжести заболевания; работа, связанная с длительным ортостазом, отмечена у 46,7 % и 49,4 % больных соответственно.

Качество жизни оценивали опросником CIVIQ-20 [1], включающим болевой, физический, психологический и социальный домены; меньшая сумма баллов соответствует более высокому качеству жизни. Анкетирование проводили при поступлении, на 45-е сутки, через 6, 12 и 24 месяца. Косметический результат оценивали по десятибалльной визуально-аналоговой шкале, тяжесть венозного заболевания - по шкале VCSS [3], посттромботические изменения - по шкале Villalta [4]. Регистрировали длительность временной нетрудоспособности, сроки возвращения к прежней трудовой деятельности и частоту повторных госпитализаций. Статистическую обработку выполняли в программах IBM SPSS Statistics 29.0 и R 4.5.1 с применением критериев Стьюдента, Манна-Уитни и хи-квадрат Пирсона; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Исходный уровень качества жизни в группах совпадал: суммарный балл CIVIQ-20 составил $56,8 \pm 11,5$ в основной группе и $57,4 \pm 12,1$ в группе сравнения ($p = 0,738$), отражая выраженное снижение качества жизни в остром периоде заболевания. Уже к 45-м суткам сформировалось устойчивое преимущество дифференцированной тактики - $34,2 \pm 9,1$ против $42,6 \pm 10,4$ балла ($p < 0,001$), - которое сохранялось на всех последующих сроках: $27,8 \pm 7,5$ против $35,1 \pm 9,2$ через 6 месяцев, $24,6 \pm 6,8$ против $31,7 \pm 8,7$ через 12 месяцев и $22,9 \pm 6,4$ против $29,5 \pm 8,1$ балла через 24 месяца (во всех случаях $p < 0,001$) (табл. 1, рис. 1).

Анализ доменной структуры показал, что наибольший вклад в суммарный балл на всех сроках вносил психологический домен, отражающий тревогу, связанную с заболеванием и угрозой рецидива. Относительное улучшение по домену боли к 24 месяцам составило $57,9$ – $61,1$ % в основной группе против $47,8$ – $49,2$ % в группе сравнения. Ухудшение показателя качества жизни относительно исходного зарегистрировано лишь у 1 больного основной группы (1,3 %) против 4 (6,1 %) в группе сравнения и во всех наблюдениях было связано с прогрессированием хронического венозного заболевания.

Таблица 1. Динамика суммарного балла опросника CIVIQ-20

Срок наблюдения	Основная группа	Группа сравнения	p
Исходно	$56,8 \pm 11,5$	$57,4 \pm 12,1$	0,738
45-е сутки	$34,2 \pm 9,1$	$42,6 \pm 10,4$	$< 0,001$
6 месяцев	$27,8 \pm 7,5$	$35,1 \pm 9,2$	$< 0,001$
12 месяцев	$24,6 \pm 6,8$	$31,7 \pm 8,7$	$< 0,001$
24 месяца	$22,9 \pm 6,4$	$29,5 \pm 8,1$	$< 0,001$

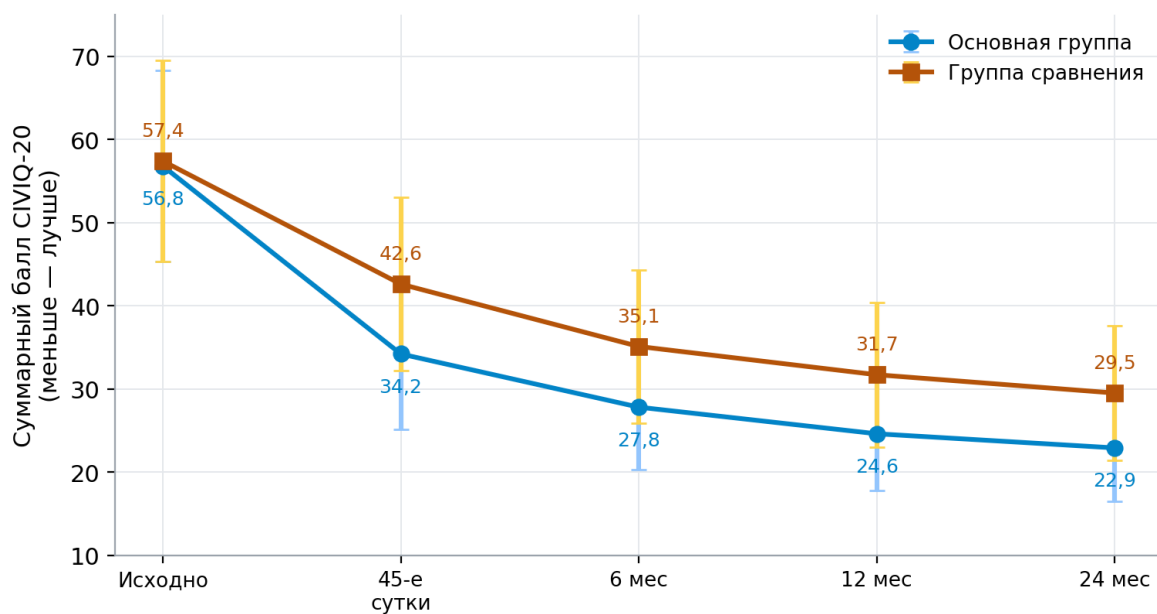


Рис. 1. Динамика суммарного балла опросника CIVIQ-20 в сравниваемых группах

Таблица 2. Сроки восстановления трудоспособности и повторные госпитализации

Показатель	Основная группа, n=92	Группа сравнения, n=81	p
Нетрудоспособность, все больные, сутки	12,6±4,1	19,4±6,3	<0,001
Нетрудоспособность, оперированные, сутки	14,1±4,3	21,2±6,1	<0,001
Нетрудоспособность, неоперированные, сутки	11,2±3,6	15,5±5,0	<0,001
Возвращение к труду к 45-м суткам	76/92 (82,6 %)	54/81 (66,7 %)	0,015
Возвращение к труду к 3 месяцам	86/90 (95,6 %)	70/79 (88,6 %)	0,084
Повторные госпитализации	2 (2,2 %)	8 (9,9 %)	0,031

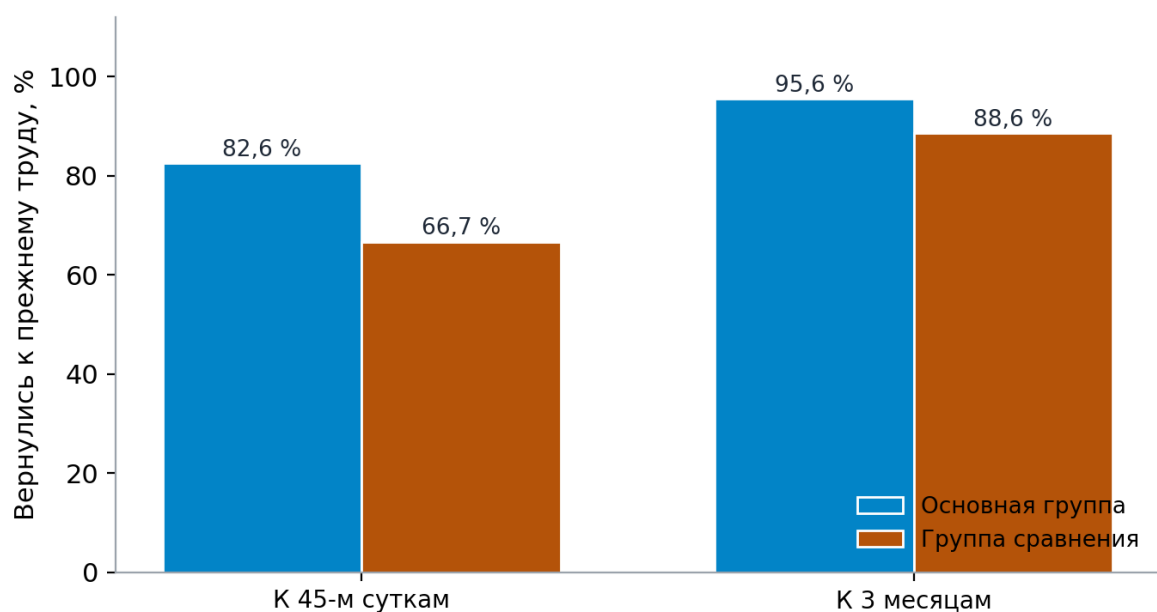


Рис. 2. Доля больных, вернувшихся к прежней трудовой деятельности

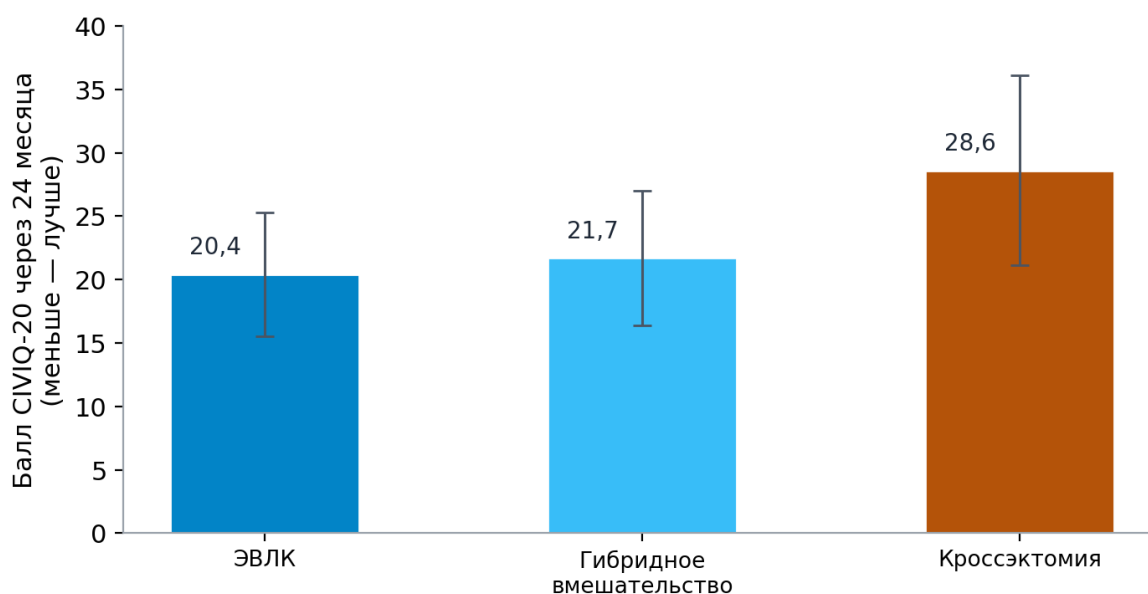


Рис. 3. Суммарный балл CIVIQ-20 через 24 месяца в зависимости от вида вмешательства

Качество жизни к 24 месяцам зависело от вида выполненного вмешательства (рис. 3): наилучшие показатели достигнуты после эндовенозной лазерной коагуляции - $20,4 \pm 4,9$ балла и гибридных вмешательств - $21,7 \pm 5,3$ балла, наименьшее улучшение отмечено после кроссэктомии - $28,6 \pm 7,5$ балла, что отражает как травматичность открытой операции, так и сохранение варикозно-изменённого русла у части этих больных. Косметический результат по визуально-аналоговой шкале составил $8,2 \pm 1,2$ балла в основной группе против $6,9 \pm 1,6$ в группе сравнения ($p < 0,001$).

Сроки восстановления трудоспособности приведены в табл. 2. Общая длительность временной нетрудоспособности сократилась с $19,4 \pm 6,3$ до $12,6 \pm 4,1$ суток ($p < 0,001$), среди оперированных - с $21,2 \pm 6,1$ до $14,1 \pm 4,3$, среди неоперированных - с $15,5 \pm 5,0$ до $11,2 \pm 3,6$ суток. К 45-м суткам к прежней трудовой деятельности в полном объёме вернулись 82,6 % больных основной группы против 66,7 % группы сравнения, к 3 месяцам - 95,6 % против 88,6 % (рис. 2). Повторно госпитализированы 2,2 % против 9,9 % больных.

Обсуждение. Полученные данные демонстрируют, что преимущество дифференцированной тактики, ранее показанное по «жестким» конечным точкам, в полной мере воспроизводится и в оценке исхода самим больным. Раннее расхождение кривых качества жизни - уже к 45-м суткам - объясняется совокупностью факторов: ускоренным купированием болевого синдрома при активной тактике, малой травматичностью эндовасальных вмешательств и психологическим эффектом определённости лечебного плана, формируемого в первые часы госпитализации. Устойчивость различия на протяжении двух лет отражает уже не непосредственный эффект операции, а предот-

вращение рецидивов и прогрессирования хронического венозного заболевания [5, 7, 9].

Преобладание психологического домена в структуре снижения качества жизни при тромбозе и флебите заслуживает отдельного внимания: страх повторного тромбоза и эмболических осложнений оказывает на больного не меньшее влияние, чем физические ограничения. Наглядная стратификация риска с объяснением больному его класса и плана действий, по-видимому, сама по себе обладает терапевтическим значением, снижая тревогу - феномен, описанный и при других тромботических состояниях [6, 7]. Лучшие показатели качества жизни после эндовасальных и гибридных вмешательств согласуются с данными плановой флебологии о преимуществах термической облитерации перед открытой хирургией по срокам реабилитации и косметическому результату [8, 9, 13].

Сокращение сроков временной нетрудоспособности на 6,8 суток в пересчёте на преимущественно трудоспособный контингент больных имеет прямое экономическое измерение и дополняется снижением частоты повторных госпитализаций в четыре с половиной раза. Существенно, что выигрыш получен во всех подгруппах - как среди оперированных, так и среди ведённых консервативно, - поскольку алгоритм сокращает не только травматичность лечения, но и его организационные издержки: длительность обследования, предоперационного ожидания и стационарного наблюдения [12].

Дифференцированная хирургическая тактика при остром тромбозе подкожных вен обеспечивает статистически значимое и клинически ощутимое преимущество в качестве жизни на всех сроках наблюдения от 45 суток до 24 месяцев, ускоряет восстановление трудоспособности и

сокращает потребность в повторных госпитализациях. Оценка качества жизни должна входить в стандартный набор критериев эффективности лечения этого заболевания.

Выводы:

1. При исходно одинаковом уровне качества жизни ($56,8 \pm 11,5$ против $57,4 \pm 12,1$ балла CIVIQ-20) дифференцированная тактика обеспечила устойчивое преимущество на всех сроках наблюдения: 34,2 против 42,6 балла к 45-м суткам и 22,9 против 29,5 балла к 24 месяцам ($p < 0,001$).

2. Наилучшее качество жизни к 24 месяцам достигнуто после эндовенозной лазерной коагуляции ($20,4 \pm 4,9$ балла) и гибридных вмешательств ($21,7 \pm 5,3$ балла); наименьшее улучшение отмечено после кроссэктомии ($28,6 \pm 7,5$ балла).

3. Сроки временной нетрудоспособности сократились с $19,4 \pm 6,3$ до $12,6 \pm 4,1$ суток; к 45-м суткам к прежнему труду вернулись 82,6 % больных основной группы против 66,7 % группы сравнения.

4. Частота повторных госпитализаций снизилась с 9,9 % до 2,2 %, а ухудшение качества жизни относительно исходного уровня отмечено лишь у 1,3 % больных основной группы против 6,1 % в группе сравнения.

Литература:

1. Ризаев Ж.А. Современные аспекты оказания медицинской помощи больным с инсультом // Журнал биомедицины и практики. 2019. Т. 2, № 1. С. 47–50. doi:10.26739/2181-9297-2019-1-8.
2. Ризаев Ж.А., Рустамова Д.А., Хазратов А.И., Фуркатов Ш.Ф. Нуждаемость в лечении заболеваний пародонта у пациентов с системными васкулитами и COVID-19 // Прикладные информационные аспекты медицины. 2022. Т. 25, № 4. С. 40–45. doi:10.18499/2070-9277-2022-25-4-40-45.
3. Ризаев Ж.А., Хайдаров Н.К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2020. Т. 1, № 1. С. 11–15. doi:10.26739/2181-0982-2020-1-2.
4. Рустамова Д.А., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Олимжонов К.Ж., Олимжонова Ф.Ж. Изучение микроциркуляции в тканях пародонта у пациентов с системными васкулитами, перенесшими коронавирусную инфекцию // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 6(140). С. 179–183.
5. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И., Покровский А.В., Карпенко А.А., Золотухин И.А. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // Флебология. 2018. Т. 12, № 3. С. 146–240. doi:10.17116/flebo20187031146.
6. AlRamadneh T.N., Abdulsahib W.K., Gajjar T.B., Hanumanthayya M., Shukla S.K., Panigrahi R., Bain-

- sal N., Rizaev J., Abduvovoytov B., Polatova D. Multi-omic biomarkers in cardiovascular disease: discovery to clinical translation. Clin Chim Acta. 2026;592:121182. doi:10.1016/j.cca.2026.121182.
7. Beyer-Westendorf J., Schellong S.M., Gerlach H., et al. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. Lancet Haematol. 2017;4(3):e105–e113. doi:10.1016/S2352-3026(17)30014-5.
8. Cannegieter S.C., Horváth-Puhó E., Schmidt M., et al. Risk of venous and arterial thrombotic events in patients diagnosed with superficial vein thrombosis: a nationwide cohort study. Blood. 2015;125(2):229–235. doi:10.1182/blood-2014-06-577783.
9. Di Nisio M., Wichers I.M., Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(2):CD004982. doi:10.1002/14651858.CD004982.pub6.
10. Galanaud J.P., Sevestre M.A., Pernod G., et al. Long-term risk of venous thromboembolism recurrence after isolated superficial vein thrombosis. J Thromb Haemost. 2017;15(6):1123–1131. doi:10.1111/jth.13679.
11. Kahn S.R., Partsch H., Vedantham S., Prandoni P., Kearon C. Definition of post-thrombotic syndrome of the leg for use in clinical investigations: a recommendation for standardization. J Thromb Haemost. 2009;7(5):879–883. doi:10.1111/j.1538-7836.2009.03294.x.
12. Kakkos S.K., Gohel M., Baekgaard N., et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2021;61(1):9–82. doi:10.1016/j.ejvs.2020.09.023.
13. Launois R., Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). Qual Life Res. 1996;5(6):539–554. doi:10.1007/BF00439228.
14. Lurie F., Passman M., Meisner M., et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020;8(3):342–352. doi:10.1016/j.jvsv.2019.12.075.
15. Nicolaides A., Kakkos S., Baekgaard N., et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part I. Int Angiol. 2018;37(3):181–254. doi:10.23736/S0392-9590.18.03999-8.
16. Noppeney T., Rabe E., Hoffmann U., et al. Varicose vein surgery after acute isolated superficial vein thrombosis in daily practice: INSIGHTS-SVT study. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2024;12(6):101917. doi:10.1016/j.jvsv.2024.101917.
17. Rabe E., Hoffmann U., Schimke A., et al. Determinants of late venous thromboembolic events after acute isolated superficial vein thrombosis in daily

practice: 12-month results of the INSIGHTS-SVT study. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2023;66(5):697–704. doi:10.1016/j.ejvs.2023.08.031.

18.Rizaev J.A., Abdullaev D.Sh., Asadullaev N.S., Inogamov Sh.M. Analysis of active mechanisms for modulating the blood flow of the microvasculature in patients with periodontitis on the background of coronary heart disease complicated by chronic heart failure. Bulletin of Problems in Biology and Medicine. 2019;4(1)(153):338–342. doi:10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-338-342.

19.Saad M.J., Muhammad F.A., Albadr R.J., Bishoyi A.K., Ballal S., Bareja L., Naidu K.S., Rizaev J., et al. Nanoparticle biosensors for cardiovascular disease detection. Clin Chim Acta. 2025;567:120094. doi:10.1016/j.cca.2024.120094.

20.Vasquez M.A., Rabe E., McLafferty R.B., et al. Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. J Vasc Surg. 2010;52(5):1387–1396.

doi:10.1016/j.jvs.2010.06.161.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сайинаев Ф.К., Каюмов А.Н.

Резюме. Актуальность. Влияние лечебной тактики на качество жизни больных, перенёвших острый тромбофлебит подкожных вен, практически не изучено, хотя заболевание поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста. Цель исследования - оценить динамику качества жизни и сроки восстановления трудоспособности при дифференцированной хирургической тактике в сравнении с традиционной. Материалы и методы. Сравнены 92 больных, ведённых по алгоритму балльной стратификации риска, и 81 больной, лечившийся традиционно; качество жизни оценивали опросником CIVIQ-20 исходно, на 45-е сутки, через 6, 12 и 24 месяца. Результаты. При совпадающих исходных значениях суммарный балл CIVIQ-20 в основной группе был ниже на всех сроках ($22,9 \pm 6,4$ против $29,5 \pm 8,1$ к 24 месяцам; $p < 0,001$); наилучшие результаты достигнуты после эндовенозной лазерной коагуляции. Нетрудоспособность сократилась с 19,4 до 12,6 суток, повторные госпитализации - с 9,9 % до 2,2 %. Выводы. Дифференцированная тактика улучшает качество жизни на всех сроках наблюдения и ускоряет возвращение больных к труду.

Ключевые слова: качество жизни, CIVIQ-20, тромбофлебит подкожных вен, трудоспособность, эндовенозная лазерная коагуляция, дифференцированная тактика.