

Роль компрессионной терапии в лечении пациентов с сочетанием хронической венозной недостаточности и гонартроза

Э.А.ЩЕГЛОВ, И.П.ДУДАНОВ, Н.Н.ВЕЗИКОВА, Н.Н.АЛОНЦЕВА

The role of compression treatment in care of patients with chronic venous diseases and gonarthrosis

E.A.SHCHEGLOV, I.P.DUDANOV, N.N.VEZIKOVA, N.N.ALONTSEVA

Больница скорой медицинской помощи г. Петрозаводска
Петрозаводский государственный университет

Варикозная болезнь и хроническая венозная недостаточность (ХВН) чрезвычайно широко распространены в современном мире [15]. Различными формами хронической венозной недостаточности в России страдают более 35 млн. человек [12], а различные формы варикозной болезни диагностированы более чем у 30 млн. человек [9].

Компрессионная терапия играет ключевую роль в консервативном лечении заболеваний вен и может использоваться как самостоятельно, так и в качестве дополнения к хирургическому лечению. Эффект действия эластического бинтования и компрессионного трикотажа лежит на уровне макро- и микроциркуляторного русла, и реализуется и при наличии венозного рефлюкса и при его отсутствии [4, 7, 9].

Среди патологии крупных суставов остеоартроз является самым частым заболеванием [6]. Распространённость остеоартроза коленных суставов (ОКС), по данным разных авторов, достигает 7,7-14,3% у лиц 45-49 лет [6]. В Республике Карелия в последние годы отмечается непрерывный рост общей и первичной заболеваемости остеоартрозом. Так, с 2000 по 2004 год первичная заболеваемость остеоартрозом в абсолютных цифрах выросла на 9,2%, а в относительных на 18% [1].

По данным, опубликованным в национальном руководстве по ревматологии, костный венозный стаз является одной из основных причин болевого синдрома при остеоартрозе [6]. В последнее время в литературе уделяется большое внимание сочетанию ХВН и ОКС. Отмечены и высокая частота развития сочетанной патологии [10], взаимосвязь нарушений венозного оттока с прогрессированием гонартроза и усугублением клиники суставного синдрома [5, 8]. В соответствии со стандартами Американской ассоциации сосудистых хирургов, исследование коленных суставов является обязательным компонентом у больных с варикозной болезнью из-за высокой частоты сочетанной патологии [14]. У больных с сопутствующей варикозной болезнью, посттромбофлебитическим синдромом весь комплекс лечебных мероприятий при остеоартро-

зе коленных суставов становится менее эффективным [8].

Цель исследования – оценить эффект от включения компрессионной терапии в состав лечебных мероприятий у пациентов с сочетанием ХВН и ОКС.

Материал и методы

В исследовании приняло участие 75 человек с сочетанием ХВН и ОКС. Лечение по поводу остеоартроза проводилось пациентам и ранее; ХВН диагностирована была впервые и ранее не лечилась (клиническая группа). Средний возраст пациентов составил $56 \pm 7,5$ лет, женщин было 53 (70,7%), основной сопутствующей патологией явилась ишемическая болезнь сердца – 61 пациент (81,3%); ожирение отмечено у 25 (33,3%) человек.

Была сформирована контрольная группа, в которую вошли пациенты с сочетанной патологией, но которые:

А. Отказались от использования трикотажа вообще по различным причинам (финансовые причины и нежелание тратить деньги на трикотаж, сложности подбора из-за особенностей конституции, неудобство одевания, аллергические реакции на компрессионные изделия, нежелание пациента пользоваться трикотажем без объяснения причин).

Б. Пользовались трикотажем крайне нерегулярно, эпизодически, не чаще 1-2 дней в неделю.

В данную группу вошло 35 человек. Эта группа по основным демографическим и клиническим характеристикам группа была сопоставима с клинической группой.

Проявления ХВН оценивались в соответствии с клиническим разделом международной классификации хронических заболеваний вен нижних конечностей (система CEAP). У подавляющего большинства пациентов клинической и контрольной групп диагностирована ХВН 2-й (41,3 и 34,3%) и 3-й стадий (53,3 и 54,3%).

Стадия выраженности ОКС определялась в соответствии с рентгенологическими критериями артроза

по Kellgren-Lawrence [6]. У 54,6% пациентов клинической и 57,4% пациентов контрольной групп выявлена вторая и у 37,3 и 31,40% пациентов, соответственно, третья стадии остеоартроза.

Критериями исключения из исследования были:

- возраст моложе 40 лет.
- острый глубокий тромбоз на момент включения или в анамнезе.
- нарушения артериального кровотока с исчезновением пульса более чем на одной из артерий стопы.
- активная или зажившая трофическая язва голени (ХВН 5 и 6 функционального класса по СЕАР) [9, 12].
- телеангиоэктазии или ретикулярные вены (ХВН 1 функционального класса по СЕАР).
- сахарный диабет с проявлениями диабетической ангионейропатии.
- четвёртая стадия остеоартроза по классификации Kellgren-Lawrence.

Все пациенты клинической и контрольной групп были осмотрены сердечно-сосудистым хирургом. Всем было выполнено триплексное сканирование вен нижних конечностей с обязательной оценкой наличия поражений глубоких вен, состояния клапанной системы, наличия несостоятельных вен перфорантов. Исследования проводились по стандартной методике в положении лёжа и стоя, с выполнением функциональных проб [11].

Диагноз гонартроза выставлялся на основе критериев Американской Ассоциации Ревматологов [13]. Всем пациентам выполнялась артросонография коленных суставов по стандартной методике [11].

В ходе исследования оценивали следующие параметры:

- измерение окружности голени стопной области лентой, наложенной на неё двумя петлями в виде восьмёрки.
- уровень боли в коленных суставах в покое по ВАШ (мм) в вечерние часы.
- шкала исхода травмы и остеоартроза коленного сустава (KOOS).
- количество пациентов с синовитом (по данным артросонографии коленных суставов).

Все пациенты получали лечение по поводу остеоартроза, которое включало в себя применение нестероидных противовоспалительных средств, болезнь-модифицирующих препаратов (хондроитин сульфат,

глюкозамин сульфат в дозе 500 мг по 2 раза в сутки продолжительностью до 6 месяцев), рекомендации по уменьшению нагрузки на сустав, физиолечение (магнитотерапия, лазеротерапия). В соответствии с условиями исследования данная терапия была полностью идентична той, которую каждый конкретный пациент получал до начала исследования.

Единственным отличием в проводимом лечении явилось включение в клинической группе больных компрессионной терапии. В качестве средства компрессионной терапии использовались чулки или колготы II класса (25-32 мм рт. ст.).

Клинические параметры оценивали в начале исследования и, в дальнейшем, через 3, 6 и 12 месяцев. Артросонографию коленных суставов выполняли перед началом исследования и в дальнейшем через 6 и 12 месяцев.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel. Определялись средние величины $[M \pm m]$, достоверность средних величин по критерию Стьюдента (t), критериям Манна-Уитни для малых выборок, проверка на однородность с помощью критерия Пирсона (хи-квадрат) [2, 3].

Результаты и их обсуждение

При начале исследования получены следующие данные в клинической и контрольной группах (табл. 1).

По всем параметрам обе группы были сопоставимы. В клинической группе отмечено несколько большее количество пациентов с синовитом.

При исследовании окружности голени в процессе лечения получены следующие данные (рис. 1).

По представленным данным видно, что у пациентов клинической группы отмечено значительное уменьшение окружности голени и по сравнению с исходными данными, и по сравнению с данными контрольной группы. Это свидетельствует о том, что использование эластической компрессии приводит к существенному уменьшению отёка конечности.

В контрольной группе отмечено отсутствие динамики на фоне лечения (рис. 2). Это объясняется тем, что пациенты уже ранее получали точно такую же терапию. В клинической группе, наоборот, отмечена статистически достоверная ($p < 0,05$) положительная динамика, проявившаяся уменьшением болевого син-

Таблица 1

Результаты, полученные в начале исследования

Параметр	Клиническая группа	Контрольная группа
Окружность голени (см)	56,8±5,3	54,2±4,7
Уровень боли в коленных суставах по ВАШ в покое (мм)	54,5±8,4	51,9±9,7
Шкала KOOS (баллы)	79,3±7,2	80,8±6,4
Количество пациентов с синовитом n (%)	41 (54,7%)	15 (42,9%)

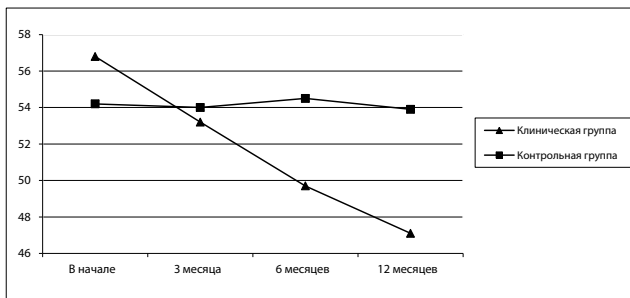


Рис. 1. Динамика окружности голени в см в процессе лечения.

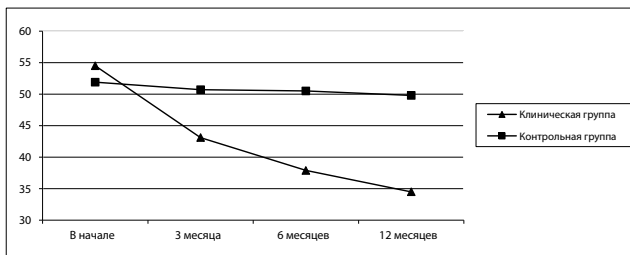


Рис. 2. Динамика уровня боли в коленных суставах по ВАШ (в мм) в процессе лечения.

дрома. Она была отмечена уже через 3 месяца, несколько увеличилась через 6 месяцев и, в дальнейшем, осталась практически без изменений. Аналогичные данные были получены при оценке пациентами коленного сустава по шкале KOOS (рис. 3).

При выполнении артросонографии коленного сустава через 12 месяцев с начала исследования было зафиксировано уменьшение количества пациентов с признаками синовита с 41 (54,7%) до 21 (28,0%). В

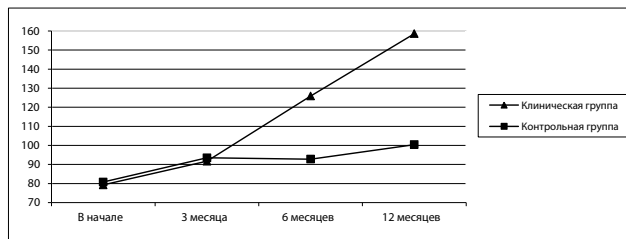


Рис. 3. Динамика оценки коленного сустава пациентами по шкале KOOS.

контрольной группе достоверных различий в количестве пациентов не отмечено (15 (42,9%) в начале лечения и 12 (34,3%) через 12 месяцев).

Приведённые данные указывают на то, что применение компрессионного трикотажа оказывает положительное воздействие на пациентов с сочетанием ХВН и гонартроза.

Выводы

1. Включение в комплекс лечения эластической компрессии усиливает лечебный эффект у пациентов с сочетанием ОКС и ХВН, приводя к уменьшению боли, улучшению течения суставного синдрома.

2. Факт положительного воздействия компрессионного трикотажа у данной группы пациентов косвенным образом доказывает значимость нарушений венозной гемодинамики в развитии гонартроза.

1. Пациенты, страдающие гонартрозом, с признаками ХВН должны быть осмотрены сосудистым хирургом. При подтверждении у таких пациентов ХВН им следует рекомендовать использование эластической компрессии.

Список литературы

1. Везикова Н.Н., Варга О.Ю., Игнатъев В.К. Ревматология в Карелии. Научно-практическая ревматология. 2004; 3:99-101.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика. 1999; 459.
3. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб. 2003; 429 с.
4. Каралкин А.В., Гаврилов С.Г. Клиническая и инструментальная оценка эффективности компрессионного лечения хронических заболеваний вен. Флебология. 2009; 4:3:36-40.
5. Носков С.М., Козлова О.Г., Нагибин Р.М. и др. Нарушение венозного оттока в модуляции суставного синдрома у больных первичным гонартрозом. Тезисы 2-го Всероссийского конгресса ревматологов России. Ярославль. 2011; 55.
6. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа. 2008; 714.
7. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей. Флебология. 2009; 3:4-48.
8. Салихов И.Г., Лапина С.А., Мясоутова Л.И. и др. Остеоартроз и заболевания периферических вен нижних конечностей: особенности сочетанной патологии. Терапевтический архив. М. 2010; 5:58-60.
9. Флебология. Руководство для врачей. Москва: Медицина. 2001; 660.
10. Щеглов Э.А., Алонцева Н.Н. Диагностика и лечение больных остеоартрозом коленных суставов в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей. Врач-аспирант. 2012; 1:65-71.
11. Щеглов Э.А., Везикова Н.Н., Хейфец И.В. и др. Ультразвуковая и рентгенологическая картина при сочетании хронической венозной недостаточности и остеоартроза коленных суставов. Учёные записки Петрозаводского Государственного университета. 2011; 8:50-54.
12. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. М.: Берг. 1999; 126.
13. Altman R., Asch E., Bloch D. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of the arthritis of the knee. Arthritis. Rheum. 1986; 29:1039-1049.
14. Glociczki P., Comerota A., Dalsing M. et al. 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; 53:168: 2S-48S.
15. Jeanneret C., Karatolios K. Varicose veins: a critical review of the definition and the therapeutical options. Vasa. 2011; 40:344-358.

Поступила 17.04.2012 г.

Информация об авторах

1. Щеглов Эрнест Анатольевич – к.м.н., хирург больницы скорой медицинской помощи, г. Петрозаводск; e-mail: esheglov@onego.ru
2. Дуданов Иван Петрович – д.м.н., член-корреспондент РАМН, зав. кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета Петрозаводского государственного университета; e-mail: surgery@karelia.ru
3. Везикова Наталья Николаевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета Петрозаводского государственного университета; e-mail: vezikov23@mail.ru
4. Алонцева Наталья Николаевна – к.м.н., зав. отделением больницы скорой медицинской помощи, г. Петрозаводск; e-mail: sheglov@onego.ru