

ит инфекции, чем собственные ткани организма, при его инфицировании значительно замедляются репаративные процессы в тканях. Пористая чешуйчатая поверхность никелид-титановой нити придает ей высокую адаптированность в тканях организма. Имплантат на основе никелид-титановой нити быстро и без образования капсулы интегрируется с окружающими тканями, формирует с ними единый тканевой комплекс, при этом, не изменяя структуру и свойства контактирующих с ним тканей. Образованный комплекс легко моделируется до трубчатой структуры. Сроки забора укрепленного перикарда после 3-4 недельного перерыва обусловлены тем, что к этому времени происходит заполнение пор нитей и ячеек сетчатого имплантата соединительнотканым регенератом и надежное сращение перикарда с имплантатом, а также купируется острый воспалительный процесс в ответ на имплантацию. Размер ячейки и толщина нити подобраны экспериментальным путем и являются оптимальными для создания каркаса и надежного фиксирования тканей. Сетчатая структура и общая толщина имплантата (не менее 120 мкм), обеспечивает достаточную механическую устойчивость и при прорастании соединительной тканью не препятствует минимальной подвижности на замещенном участке трахеи, необходимой для адекватного трахеобронхиального дренажа и во время акта дыхания. Общая толщина имплантата не более 200 мкм не препятствует тесному контакту аутоимплантата с окружающими тканями, облегчает сращение их между собой. Сетчатый имплантат на основе сверхэластичной никелид-титановой нити является хорошим пластическим материалом, позволяет легко и просто моделировать любую необходимую форму в имплантационной области. Комбинированный трансплантат с эпителиальной выстилкой представлен двумя воздухопроницаемыми слоями: перикард и пророщенный собственными тканями сетчатый никелид-титановый протез, что придает повышенную герметичность и ригидность протезу, а также возможность его использования в грудном отделе трахеи. Сформированный край перикардального лоскута в виде дубликатуры и второй ряд швов вдали от первого, по нашему мнению, увеличивают надежность анастомоза трахея-трансплантат. Кроме того, эластичные свойства трахеи и комплекса перикард-никелид-титановый сетчатый имплантат сходны, поэтому при «нагрузке-разгрузке» образованного сложного комплекса тканей деформация получается согласованной. Это снижает риск послеоперационных осложнений, повышает прочность соединения, обеспечивает анатомо-физиологическое восстановление данной области, тем самым повышает состоятельность операции.

Мы далеки от иллюзии, что разработанный способ окончательно решил проблему замещения циркулярных дефектов трахеи. Тем не менее, несмотря на достаточно высокую частоту послеоперационных осложнений, достигающую 33%, и небольшое количество выполненных операций, полученные в эксперименте обнадеживающие результаты подтверждают работоспособность предлагаемого способа. Надеемся, что дальнейшие активные исследования в этом направлении, в том числе по созданию префабрикованного комбинированного трансплантата на питающих сосудах, например перикардальных, использование возможностей тканевой инженерии улучшать непосредственные и отдаленные результаты предложенной методики.

Литература

1. Аничкин, В.В. Трахеобронхопластические операции / В.В. Аничкин, А.С. Карпицкий, А.А. Оладько. – Витебск: Витеб. Мед. институт, 1996. – 272 с.
2. Дыдыкин, С.С. Анатомо-экспериментальное обоснование аллотрансплантации трахеи на сосудистой ножке / С.С. Дыдыкин. – М.: КДУ, 2006. – 112 с.
3. Маккиарини, П. Редкие операции, интересные наблюдения: трансплантация трахеи / П. Маккиарини, В.Д. Паршин // Хирург. – 2010. – № 5 (106). – С. 22.
4. Паршин, В.Д. Хирургия трахеи с атласом оперативной хирургии / В.Д. Паршин, В.А. Порханов. – М.: «Альди-Принт», 2010. – 480 с.
5. Glutaraldehyde preserved autologous pericardium for patch reconstruction of the pulmonary artery and superior vena cava / A. D'Andrilli [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 80. – P. 357–358.
6. Tracheal allotransplantation after withdrawal of immunosuppressive therapy / P. Delaere [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 138–145.
7. Grillo, H.C. Tracheal replacement: a critical review /

H.C. Grillo // Ann. Thorac. Surg. – 2002. – V.73. – P. 1995–2004.

8. Replacement of a tracheal defect with a tissue-engineered prosthesis: early results from animal experiments / J. Kim [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – Vol. 128. – P. 124–129.

9. Clinical transplantation of a tissue-engineered airway / P. Macchiarini [et al.] // Lancet. – 2008. – Vol. 372. – P. 2023–2030.

10. Piccione, W. Superior vena cava reconstruction using autologous pericardium / W. Piccione, P.L. Faber, W.H. Warren // Ann. Thorac. Surg. – 1998. – Vol. 66. – P. 291–293.

11. Tissue-engineered trachea: history, problems and the future / Q. Tan [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2006. – Vol. 30. – P. 782–786.

12. Tissue engineered cartilage generated from human trachea using DegraPol scaffold / L. Yang [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2003. – Vol. 24. – P. 201–207.

REPLACEMENT OF CIRCULAR TRACHEAL DEFECTS WITH AUTOPERICARDIAL FLAP COMBINED WITH TITANIUM NICKELIDE IMPLANT (EXPERIMENT)

YE.V. TOPOLNITSKIY, G. TS. DAMBAEV, N.A. SHEFER, V.N. KHODORENKO, V.E. GUNTHER

Siberian State Medical University, Tomsk
Tomsk Regional Clinical Hospital

Research Institute of Shape Memory Materials and Implants under Siberian Physical Technical Institute and Tomsk State University, Tomsk

The article presents the assessment of the methods of tracheal circular defect replacement. The offered technique has been approved in the experiment with outbred dogs. The essence of it is in replacing tracheal circular defects with reconfigurable pericardial cellular titanium nickelide implant. The efficiency it was tested with clinical, radiological and visual examining the operation area. It is ascertained, that reinforced with cellular titanium nickelide implant, pericardial autotransplant allows removing circular tracheal defects.

Key word: trachea, titanium nickelide, pericardial autoplast.

УДК 616.14 – 007.64

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОСТЕОАРТРОЗ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ; КАК ЛЕЧАТСЯ БОЛЬНЫЕ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Э.А. ЩЕГЛОВ*, Н.Н. ВЕЗИКОВА**

Статья посвящена анализу средств, применяемых при лечении пациентов страдающих хронической венозной недостаточностью в сочетании с остеоартрозом коленных суставов. Особое внимание уделяется практическому аспекту данного вопроса, а именно частоте соблюдения пациентами рекомендаций, которые были даны им лечащим врачом.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь нижних конечностей, остеоартроз коленных суставов, соблюдение врачебных рекомендаций.

Хронические заболевания вен – самая частая патология периферических сосудов, поражающая до 20-30% трудоспособного населения индустриально развитых стран. В России неуклонно отмечается рост количества пациентов, страдающих различными формами хронической венозной недостаточности [7]. На конец прошлого века их число составляло более 35 млн. человек. Несколько миллионов человек нуждается в хирургическом лечении [7]. Частота развития варикозной болезни по данным различных авторов достигает 32-40% [15].

Самым распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата является остеоартроз [12]. Манифестация его обычно отмечается в возрасте старше 40 лет [10]. В России остеоартроз крупных суставов страдает до 12% трудоспособного населения, причем в последние годы, вызванная им нетрудоспособность выросла в 3-5 раз [8].

При лечении хронической венозной недостаточности используются хирургические и нехирургические методы. Клапанная недостаточность стволов большой и малой подкожных вен, а также перфорантных вен является показанием к хирургическому лечению [7,15]. Среди немедикаментозных методов лечения хронической венозной недостаточности основное место занимает применение эластической компрессии как в виде эластических

* Больница скорой медицинской помощи г. Петрозаводск, ул. Кирова, 40, г. Петрозаводск, 185035.

** Петрозаводский государственный университет, Медицинский факультет, пр. Ленина, 33, г. Петрозаводск, 185035.

бинтов, так и компрессионного трикотажа [4,7,11,14]. Очень большое значение придаётся коррекции режима труда и отдыха с уменьшением времени нахождения в вертикальном положении. Большое внимание в литературе придаётся физиотерапевтическим методам лечения в первую очередь магнитотерапии и лазеролечению [6]. Часто больные прибегают к таким методам лечения как гирудотерапия, фитотерапия. Говоря о медикаментозном лечении следует в первую очередь упомянуть флеботропные препараты [1,11]. Гораздо реже но всё же применяются препараты из групп антитромбоцитарных препаратов (антикоагулянты, дезагреганты) [11].

Лечение остеоартроза коленных суставов должно быть патогенетическим и комплексным, дифференцированным в зависимости от особенностей течения заболевания, длительным и систематическим [8]. Немедикаментозное лечение включает в себя обучение пациентов и физические методы воздействия. Говоря об обучении пациентов имеются в виду мероприятия по снижению веса, навыки лечебной физкультуры [3,10]. Среди физических факторов воздействия используется ультразвуковая терапия, магнитолазерная терапия, чрезкожная электростимуляция, тепловые методы [8,9]. Лекарственные препараты, применяемые при остеоартрозе разделяют на 2 класса. Хондропротективные препараты модифицирующие структуру болезни и симптоматические препараты быстрого действия, а именно анальгетические и НПВП, а также вводимые внутрисуставы кортикостероиды. Многие препараты применяются как парентерально и перорально, так и местно [2,10].

В то же время следует сказать, что по данным разных авторов, частота соблюдения больными врачебных рекомендаций представляет собой очень вариабельную величину. Так при лечении остеоартроза 2/3 пациентов отказываются от приёма хондропротекторов, наиболее часто используются НПВП (74,1% – внутрь, 85,2 – местно) [5].

Цель исследования – изучение спектра лечебных методов, применяемых у больных с сочетанной патологией (хроническая венозная недостаточность и остеоартроз коленных суставов) в амбулаторной практике и аккуратность пациентов данной группы в соблюдении рекомендаций лечащего врача.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе городских поликлиник Петрозаводска.

В исследовании участвовало 217 пациентов с признаками хронической венозной недостаточности в сочетании с остеоартрозом коленных суставов в возрасте старше 40 лет. Средняя длительность заболевания варикозной болезнью составила $116,9 \pm 72,82$ месяца, средний срок после перенесенного острого глубокого тромбоза составил $80,4 \pm 16,34$ месяцев. Средний срок после выявления остеоартроза коленных суставов составил $93,2 \pm 22,64$ месяца.

Средний возраст больных составил $54,6 \pm 11,22$ лет, женщин в группе было 154 (71,0%), мужчин 63 (29,0%). Работающих было 79 (36,4%), неработающих, на пенсии и инвалидности 138 (63,6%).

Критериями исключения из исследования были:

- Возраст моложе 40 лет.
- Острый глубокий тромбоз коленного сустава на момент включения или перенесенный острый глубокий тромбоз коленного сустава до 4 месяцев к моменту включения в исследование.
- Нарушения артериального кровотока с исчезновением пульса более чем на одной из артерий стопы.
- Активная трофическая язва голени (ХВН 6 стадии по СЕАР).
- Отказ больного по любым причинам от заполнения анкеты. Наиболее частыми причинами явились обычное нежелание пациента или отсутствие свободного времени.

Из сопутствующей патологии отмечено наличие ишемической болезни сердца 108 (49,8 0%), гипертонической болезни 102 (47,0 %) пациентов. Ожирение присутствовало 114 (52,5%) больных. Всего сопутствующая патология встречалась у 142 (65,4%) пациентов. 16 (7,4%) пациентов из-за нарушения зрения при заполнении анкеты прибегали к помощи родственников, других пациентов, ожидающих приёма, или медицинской сестры.

У всех включённых в исследование пациентов диагноз варикозной болезни или посттромбозного синдрома был выявлен при осмотре хирурга или сосудистого хирурга на основании как клинических данных, так и анамнеза больного. Диагноз

подтверждался данными триплексного сканирования вен нижних конечностей с обязательной оценкой наличия поражений глубоких вен, состояния клапанной системы, наличием несостоятельных вен перфорантов. Исследования проводились по стандартной методике в положении лёжа и стоя, с выполнением функциональных проб [7]. Триплексное сканирование вен нижних конечностей проводили на аппарате Vivid-3, компании General Electrics.

Диагноз ОА коленных суставов выявлялся на основании результатов осмотра ревматолога, хирурга или ортопеда, пациентам выполнялась артрозонография коленных суставов. Артрозонографию коленных суставов выполняли на аппарате Logiq-400 линейными датчиками 5-12 МГц. УЗИ коленного сустава проводилось по стандартной методике [13].

Рентгеновские исследования выполнялись по стандартной методике в двух проекциях. При оценке результатов исследования принимались рентгенологические критерии артроза Kellgren-Lawrence.

При сомнениях в состоянии артериального русла больным выполнялась ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса. При снижении индекса ниже 1,0 на уровне нижней трети голени пациенты исключались из исследования.

Степень выраженности ХВН оценивалась по шкале СЕАР, выраженность проявлений ионартроза по суммарному индексу Лекена и функциональному индексу WOMAC, ВАШ, оценивалась потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах.

Вариант проведения исследования – одномоментный. Рандомизации не проводилось. Всем больным, включённым в исследование, было предложено заполнить оригинальную анкету, которая включала в себя 75 вопросов. Заполнение анкеты производилось во время приёма лечащего врача поликлиники или во время консультативного приёма. В среднем на заполнение анкеты больные тратили не более 15-20 минут. В дальнейшем результаты анкетирования обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel.

Далее приводим анкету, которая была использована в нашем исследовании:

1. Ваши ФИО.
2. Ваш возраст.
3. Ваш пол (м/ж)?
4. Вы работаете или нет (на пенсии/инвалидности/безработный)?
5. Знаете ли Вы достаточно на Ваш взгляд о своём заболевании (да/нет)?
6. Сколько лет Вы болеете *остеоартрозом* (ОА) коленных суставов?
7. Сколько лет назад у Вас была выявлена *хроническая венозная недостаточность* (ХВН) в виде *варикозной болезни* (ВБ) или *посттромбозного синдрома* (ПТФС)?
8. Болеете ли Вы ВБ (да/нет)?
9. Переносили ли Вы глубокий тромбоз коленного сустава (да/нет)? Если да, то сколько лет назад?
10. Как часто Вы посещаете своего врача (1 раз в месяц/1 раз в 6 месяцев/1 раз в год, реже)?
11. Когда последний раз Вы были на приёме у врача хирурга (сосудистого хирурга) по поводу ХВН (ВБ, ПТФС)?
12. Когда последний раз Вы были на приёме у врача хирурга (ортопеда, ревматолога) по поводу ОА коленных суставов?
13. Назначил ли Вам врач эластическую компрессию нижних конечностей (эластические бинты, компрессионный трикотаж) (да/нет)?
14. Пользуетесь ли Вы эластическими бинтами (да/нет/нерегулярно)?
15. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
16. Какой длины компрессионный трикотаж Вам рекомендован (колготы/чулки/чулок на одну ногу/гольфы)?
17. Какой класс компрессионного трикотажа Вам назначен (1/2/3)?
18. Пользуетесь ли Вы компрессионным трикотажем (да/нет/нерегулярно/использую другой функциональный класс)?
19. Если Вы пользуетесь им регулярно, ощущаете ли Вы эффект от их использования (да/нет)?
20. Если Вы им не пользуетесь, пользуетесь нерегулярно или используете другой функциональный класс, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/дорого/невозможность подобрать размер/другое)?

21. Давал ли Ваш врач Вам рекомендации по соблюдению режима нахождения в вертикальном положении (да/нет)?
22. Соблюдаете ли Вы режим ограничения времени в вертикальном положении в дневное время (да/нет/нерегулярно)?
23. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
24. Пользуетесь ли Вы какими-то приспособлениями для возвышенного положения ноги в ночное время (да/нет/нерегулярно)?
25. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
26. Давал ли Ваш врач вам рекомендации по соблюдению температурного режима (исключение перегрева нижних конечностей) (да/нет)?
27. Соблюдаете ли Вы данные рекомендации (да/нет/нерегулярно)?
28. Если Вы их не соблюдаете или соблюдаете нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
29. Давал ли Ваш врач вам рекомендации по лечебной физкультуре (да/нет)?
30. Понимаете ли Вы четко какие упражнения надо выполнять (да/нет)?
31. Соблюдаете ли Вы данные рекомендации (да/нет/нерегулярно)?
32. Если Вы их не соблюдаете или соблюдаете нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
33. Давал ли Ваш врач рекомендации по физиотерапевтическому лечению ХВН (да/нет)?
34. Проходите ли Вы физиотерапевтическое лечение (да/нет/нерегулярно)?
35. Если нет или нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
36. Давал ли Ваш врач рекомендации по приёму препаратов повышающих тонус вен (например троксевазин, детралекс, флебодиа) (да/нет)?
37. Проходите ли Вы регулярно в полном объеме курсы данных препаратов (да/нет/нерегулярно)?
38. Если нет или нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
39. Что является определяющим в выборе препарата (рекомендация врача/советы знакомых/реклама/цена)?
40. Давал ли Ваш врач рекомендации по местному применению препаратов (кремы и мази на основе гепарина и т.п.) (да/нет)?
41. Пользуетесь ли Вы ими (да/нет/нерегулярно)?
42. Если Вы пользуетесь ими регулярно, ощущаете ли Вы эффект от их использования (да/нет)?
43. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/стоимость/другое)?
44. Давал ли Ваш врач рекомендации по уменьшению нагрузки на коленные суставы (трость, наколенники) (да/нет)?
45. Четко ли Вы понимаете суть данных рекомендаций (да/нет)?
46. Пользуетесь ли Вы ими (да/нет/нерегулярно)?
47. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
48. Давал ли Ваш врач рекомендации по физиотерапевтическому лечению ОА коленных суставов (да/нет)?
49. Проходите ли Вы физиотерапевтическое лечение (да/нет/нерегулярно)?
50. Если нет или нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
51. Давал ли Ваш врач рекомендации по приёму препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (да/нет)?
52. Проходите ли Вы регулярно в полном объеме курсы данных препаратов (да/нет/нерегулярно/только при острых болях)?
53. Если нет или нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
54. Что является определяющим в выборе препарата (рекомендация врача/советы знакомых/реклама/цена)?
55. Давал ли Ваш врач рекомендации по приёму препаратов с хондропротективным действием (да/нет)?
56. Проходите ли Вы регулярно в полном объеме курсы данных препаратов (да/нет/нерегулярно)?

57. Если нет или нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
58. Что является определяющим в выборе препарата (рекомендация врача, советы знакомых, реклама, цена)?
59. Давал ли Ваш врач рекомендации по местному применению препаратов (кремы и мази на основе НПВС и т.п.) (да/нет)?
60. Пользуетесь ли Вы ими (да/нет/нерегулярно)?
61. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
62. Давал ли Вам врач рекомендации по снижению веса (да/нет)?
63. Соблюдаете ли Вы данные рекомендации (да/нет/нерегулярно)?
64. Есть ли у вас положительная динамика (снижение) веса (да/нет)?
65. Давал ли Вам врач рекомендации по использованию средств народной медицины (да/нет)?
66. Пользуетесь ли Вы ими (да/нет/нерегулярно)?
67. Если Вы ими не пользуетесь или пользуетесь нерегулярно, то укажите причину (нет эффекта/неудобно/другое)?
68. Пользуетесь ли Вы в лечении различными средствами, информация о которых была получена Вами из рекламы, от других пациентов, знакомых и родственников и которые не были Вам назначены лечащим врачом (да регулярно/нет/иногда)?
69. Обсуждали ли Вы использование этих средств (если вы ими пользуетесь регулярно) со своим лечащим врачом (да/нет)?
70. Рекомендовал ли Вам врач хирургическое лечение ВБ (да/нет)?
71. Вы согласны на операцию/оперированы/несогласны?
72. Если несогласны, то почему (боитесь, нет времени, другое)?
73. Рекомендовал ли Вам врач хирургическое лечение ОА коленных суставов (да/нет)?
74. Вы согласны на операцию/оперированы/несогласны?
75. Если несогласны, то почему (боитесь/нет времени/другое)?

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов только 41 (18,9 %) считают, что знают достаточно о своих заболеваниях. Затруднились ответить на данный вопрос 63 (29,0%) больных. Их скорее можно отнести к той группе, которая не имеет достаточной информации о своей болезни.

Пациенты достаточно часто посещают своего врача по поводу остеоартроза (84 (38,7%) больных посещают специалиста не реже 1 раза в месяц) и значительно реже по поводу хронической венозной недостаточности. Таких пациентов было всего 53 (24,4%), а 96 больных (44,2%) посещают врача реже одного раза в год.

Эластическая компрессия была назначена практически всем пациентам 204 (94,0%) больных. Однако, несмотря на хроническое течение болезни 78 (35,9%) было рекомендовано ношение эластических бинтов. Из компрессионного трикотажа большинству 96 (76,2%) пациентов были рекомендованы колготы.

Гораздо хуже обстояло дело с соблюдением рекомендаций по пользованию компрессией. Из 78 больных регулярно носили бинты только 16 (20,5%), а остальные отказались от них по причине неудобства использования. Компрессионные изделия из 126 пациентов, которым они были рекомендованы регулярно носили 53 (42,1%) больных, ещё 24 (19,0%) больных пользовались изделиями более низкого класса. Основной причиной отказа явилось неудобство ношения изделий 21 (16,7%), либо высокая цена 19 (15,1%). 5 (4,0%) пациентов не смогли подобрать нужный размер изделия. Из 53 пациентов, которые правильно и регулярно пользовались компрессионным трикотажем 42 (79,2%) больных отмечали положительный эффект от его использования.

Рекомендации по режиму труда и отдыха получили 185 (85,3%), а по температурному режиму 154 (71,0%) больных. Соблюдали их 97 (52,4%) и 101 (65,6%) больных соответственно. Лечебная физкультура была рекомендована 198 (91,2 %) больных, но только 116 (53,5%) понимали какие упражнения надо выполнять и из них регулярно занимались ею только 48 (41,4%), что составило 22,1% от всех пациентов.

Физиотерапевтическое лечение назначалось только 56 (25,5%) больных, но практически все они (53 (94,6%) прошли курс физиотерапии. Вероятно это объяснялось тем, что лечение они проходили под наблюдением физиотерапевта поликлиники и данные заносились в амбулаторную карту.

Флеботонизирующие препараты были рекомендованы всем

без исключения пациентам. Однако принимали их регулярными курсами только 119 (54,8%) больных. Наиболее частой причиной отказа явилась стоимость препаратов – 53 (54,1% от числа принимающих) и отсутствие желаемого эффекта 28 (28,6%).

Местными средствами пользовались 54 (24,9%) больных, из них эффект от приёма отметили 27 (50,0%), хотя назначались препараты 183 (84,3% больных). Основной причиной отказа от препаратов явилась стоимость терапии 78 (60,5%) из 129 не пользующихся препаратами.

По поводу остеоартроза коленных суставов рекомендации по уменьшению нагрузки на суставы получили 178 (82,0%) больных, однако чётко в них разобрались только 119 (54,8%). 178 регулярно выполняли рекомендации только 59 (33,1%).

Физиотерапевтическое лечение было назначено 196 (90,3%) больных, прошли полный курс его 148 (68,2%). Остальные сослались на неудобство регулярного посещения поликлиники. В основном это были работающие пациенты.

Всем пациентам были рекомендованы те или иные препараты из группы НПВС и практически все (214 (98,6%)) пациенты принимали их. Однако из них только 88 (41,1% от числа, кому было назначено) принимали препараты курсами. Остальные делали это либо нерегулярно, либо принимали препараты только при остром болевом синдроме.

Препараты из группы хондропротекторов были назначены 149 (68,7 %) больных, из них регулярно и в полном объёме принимали их только 54 (36,2%), остальные 96 сослались либо на неудобство длительного приёма 34 (35,4%), либо на высокую стоимость 57 (59,4%).

Местные средства для лечения остеоартроза были рекомендованы 199 (91,7%) больных, из них пользовались ими регулярно только 73 (36,7%), периодически 112 (56,3%).

Из 114 пациентов с ожирением 110 (96,5%) получили рекомендации по снижению веса, но реально имеют положительную динамику только 27 (23,7%).

Средства народной медицины были рекомендованы врачом только 93 (42,9%) пациентам, однако пользуются ими практически все больные 208 (95,9%) больных.

Практически все пациенты сообщили о регулярном или периодическом использовании самолечения. Регулярно к средствам, которые не были назначены лечащим врачом, а были рекомендованы родственниками, знакомыми, другими пациентами или информация о которых была получена из рекламы, пользовались 64 (29,5%), периодически 123 (56,7%) больных. Из тех больных, которые использовали данные средства регулярно, более половины (37 (57,8%)) даже не обсуждали их использование со своим лечащим врачом.

Выводы:

1. Очень малое количество больных с сочетанием хронической венозной недостаточности и остеоартроза коленных суставов имеют чёткое представление о своей болезни.

2. Большинство пациентов получали правильные рекомендации по лечению хронической венозной недостаточности. Однако выполняли их примерно 50% больных.

3. Комплексная терапия остеоартроза коленных суставов была назначена подавляющему большинству пациентов. Однако многие пациенты не получили исчерпывающих рекомендаций по изменению образа жизни и снижению нагрузки на суставы.

4. Практически все пациенты пользовались препаратами группы НПВС, однако только 44,1% из них принимали их курсом, а остальные использовали в режиме «для снятия острой боли».

5. По экономическим соображениям или из-за неудобства длительного приёма почти 74% больных отказываются от приёма хондропротекторов.

6. Несмотря на наличие врачебных рекомендаций только 23,7% больных с избыточным весом добились его снижения.

7. Подавляющее большинство пациентов, даже при отсутствии врачебных рекомендаций широко пользуются средствами народной медицины.

8. Подавляющее большинство (86,2 %) пациентов хотя бы изредка прибегают к самолечению.

Практические рекомендации:

1. Необходимо полнее информировать пациентов чтобы добиться лучшего понимания ими особенностей течения и тактики лечения хронической венозной недостаточности и остеоартроза коленных суставов.

2. Положительную роль в этом могли бы сыграть школы для пациентов в поликлиниках, проводимые врачами специалистами в своей области.

3. Врачи должны активнее выявлять факты несоблюдения пациентами данных им рекомендаций и проводить разъяснительную работу для предотвращения этого.

Литература

1. Богачев, В.Ю. Фармакотерапия хронических заболеваний вен в свете российских и международных рекомендаций / В.Ю. Богачев // *Ангиология и сосудистая хирургия.*– 2010.– Т. 16.– № 4.– с. 88–92.

2. Динамика индекса WOMAC при остеоартрозе на фоне терапии алфлутопом / Н.Н. Везикова [и др.] // *У Северо-Западной конференции по ревматологии. Тез. докл.*– Санкт-Петербург.– 2005.– С. 32–34.

3. Денисов, Л.Н. Ожирение и остеоартроз / Л.Н. Денисов, В.А. Насонова // *Научно-практическая ревматология.*– 2010.– № 3.– С. 48–51.

4. Илюхин, Е.А. Функциональная венозная недостаточность: диагностика и лечение (обзор литературы) / Е.А. Илюхин, И.А. Золотухин // *Ангиология и сосудистая хирургия.*– 2010.– Т. 16.– № 3.– С. 62–68.

5. Максимов, Д.М. Частота использования различных методов лечения пациентов с остеоартрозом в общей врачебной практике / Д.М. Максимов, О.М. Лесняк // *II Всероссийский конгресс ревматологов России. Сборник материалов конгресса.*– Ярославль.– 2011.– С. 42.

6. Применение физических факторов при венозной недостаточности нижних конечностей (пособие для врачей). / Т.А. Князева [и др.] // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.*– 2006.– № 1.– С. 49–55.

7. Практикум по лечению варикозной болезни / Г.Д. Константинова [и др.]. М.: Профиль, 2006.– 191 с.

8. Лучихина, Л.В. Артроз. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия / Л.В. Лучихина.– М.: Медицинская энциклопедия.– 2001.– 167 с.

9. Распопова, Е.А. Влияние физических факторов на репаративный хондрогенез у больных посттравматическим гонартрозом/ Е.А. Распопова, Е.Ю. Ударцев, С.И. Лавриненко // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.*– 2007.– № 5.– С. 21–23.

10. Ревматология. Национальное руководство. Под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: Гэотар-Медиа, 2008.– 714 с.

11. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей // *Флебология.*– 2009.– № 3.– С. 4–48.

12. Остеоартроз и заболевания периферических вен нижних конечностей: особенности сочетанной патологии / И.Г. Салихов [и др.] // *Терапевтический архив.*– М.– 2010.– № 5.– С. 58–60.

13. Хейфец, И.В. Ультразвуковое исследование в оценке эффективности локальной терапии ревматоидного артрита. Дис. ... канд. мед. наук / И.В. Хейфец.– Санкт-Петербург, 2006.– 117 с.

14. Handbook of Venous Disorders. 2-nd ed. Guidelines A. Venous Forum.– 2011.– 557 p.

15. Jeanneret, C. Varicose veins: A critical review of the definition and the therapeutical options / C. Jeanneret, K. Karatolios // *Vasa.*– 2011.– Vol 40.– P. 344–358.

CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AND KNEE JOINT OSTEOARTHRITIS; HOW PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY ARE TREATED

E.A. SHCHEGLOV, N.N. VEZIKOVA

*Petrozavodsk Emergency Hospital
Petrozavodsk State University*

The article analyzes the means of treating patients with chronic venous insufficiency in combination with knee joint osteoarthritis. Particular attention is paid to the practical aspect of this issue, namely the frequency of patients' fulfilling doctor's recommendations.

Key words: chronic venous insufficiency, lower extremities varicosity, knee joint osteoarthritis, fulfillment of medical recommendations.