

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Щеглов Э.А., ²Везикова Н. Н.

¹*Больница скорой помощи, хирургическое отделение 1, (г. Петрозаводск, 185035, ул. Кирова, д. 40)*

²*Петрозаводский государственный университет, (г. Петрозаводск, 185035, пр. Ленина, д. 33.)*

Проводилось исследование влияния патологии вен нижних конечностей на течение остеоартроза коленных суставов.

Целью работы было изучить влияние хронической венозной недостаточности у пациентов с остеоартрозом на клинические проявления и особенности болевого синдрома.

Систематической терапией проявлений хронической венозной недостаточности считалось регулярное ношение компрессионного трикотажа требуемого компрессионного класса и регулярный курсовой приём венотоников.

Была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 40 пациентов, страдавших остеоартрозом коленных суставов без проявлений хронической венозной недостаточности.

Однако при оценке выборочных показателей данных индексов, а именно ночной боли, отмечены статистически достоверные различия. Так, по данным индекса Лекена, в основной группе отмечено большее количество пациентов с проявлениями ночной боли даже без движения.

Ключевые слова: остеоартроз, хроническая венозная недостаточность, заболевание.

FEATURES OF CLINICS IN COMBINED OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE AND LOWER LIMB VEIN DISEASES

¹Shcheglov E.A., ²Vezikova N.N.

¹*First aid hospital, surgical department 1(Petrozavodsk, 185035, Kirova st.)*

²*Petrozavodsk State University(Petrozavodsk, 185035, Lenina ave., 33)*

The influence of the chronic vein diseases on the knee osteoarthritis was evaluated. Vein insufficiency makes the clinics of the osteoarthritis worse.

The work purpose was to study influence of chronic venous insufficiency at patients with osteoarthritis on clinical displays and features of a painful syndrome.

Regular carrying compressed jersey demanded compressed a class and regular course reception venotic was considered as regular therapy of displays of chronic venous insufficiency.

The control group which included 40 patients suffering osteoarthritis of knee joints without displays of chronic venous insufficiency has been generated.

However at an estimation of sample statistics of the given indexes, namely a night pain, statistically authentic distinctions are noted. So according to an index of Lekena in the basic group it is noted high quantity of patients with displays of a night pain even without movement.

Keywords: osteoarthritis, chronic vein insufficiency, diseases.

Остеоартроз – актуальная проблема ревматологии и клинической медицины, в целом поражает до 12 % трудоспособного населения [4] и составляет до 50 % всех поражений суставов [1]. Несмотря на значительный прогресс в изучении этиологии и патогенеза остеоартроза, роль нарушений регионального кровотока и особенно нарушений венозного оттока в развитии остеоартроза коленных суставов до настоящего времени до конца не изучена. Сочетание остеоартроза коленных суставов и хронической венозной недостаточности усугубляет течение суставного синдрома [6]. Отмечается существенное повышение венозного давления у пациентов, страдающих остеоартрозом [5]. Ноющие боли в

покое при остеоартрозе связаны с внутрикостной гипертензией из-за нарушения венозного дренажа [3].

Целью работы было изучить влияние хронической венозной недостаточности у пациентов с остеоартрозом на клинические проявления и особенности болевого синдрома.

Исследовано 40 больных, страдающих варикозной болезнью в сочетании с остеоартрозом коленных суставов в возрасте старше 40 лет. Средний возраст пациентов составил $54,3 \pm 7,9$ года, средняя длительность заболевания варикозной болезнью $9,8 \pm 6,8$ лет, средняя длительность заболевания остеоартрозом коленных суставов $7,9 \pm 5,4$. 34 (85 %) пациента составили женщины, 6 (15 %) – мужчины. Работающих было 28 (70 %), на пенсии по возрасту 12 (30 %), инвалидами различных групп явились 11 (27,5 %) пациентов. Избыточная масса тела была отмечена у 15 (37,5 %) пациентов. Из сопутствующей патологии отмечено наличие ишемической болезни сердца (ИБС) 27 (67,5 %), гипертонической болезни 25 (62,5 %) пациентов. Из пациентов систематически терапию по поводу проявлений хронической венозной недостаточности ранее получало 4 пациента, несистематически 5 пациентов. Адекватную терапию по поводу суставного синдрома получали 14 пациентов.

Систематической терапией проявлений хронической венозной недостаточности считалось регулярное ношение компрессионного трикотажа требуемого компрессионного класса и регулярный курсовой приём венотоников. К несистематической терапии хронической венозной недостаточности было отнесено пользование трикотажем в режиме «по требованию» и приём венотоников нерегулярными короткими курсами или в недостаточной дозе. Адекватной терапией суставного синдрома считали приём нестероидных противовоспалительных средств, болезнь-модифицирующих препаратов (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат продолжительностью до 6 месяцев), в комплексе с различными вариантами физиотерапевтического лечения.

Критериями исключения из исследования были:

- Возраст моложе 40 лет.
- Острый глубокий тромбофлебит на момент включения.
- Нарушения артериального кровотока с исчезновением пульса более чем на одной из артерий стопы.
- Активная трофическая язва голени.

При включении в исследование пациенты осматривались ревматологом и/или ортопедом, сердечно-сосудистым хирургом. Диагноз остеоартроза выявлялся на основе критериев Л.И. Беневоленской (1993) по данным осмотра ревматолога или ортопеда, артрозонографии коленных суставов. Выраженность проявлений гонартроза рассчитывалась по суммарному индексу Лекена и функциональному индексу WOMAC, оценивалась

потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах. Пациенты оценивали по ВАШ в мм уровень болевого синдрома в утреннее (в течение первого часа после подъёма) и вечернее (за 1–2 часа до отхода ко сну) время суток.

У всех включённых в исследование пациентов диагноз варикозной болезни был выявлен при первичном осмотре. Диагноз подтверждался данными триплексного сканирования вен нижних конечностей с обязательной оценкой наличия поражений глубоких вен, состояния клапанной системы глубоких и поверхностных вен нижних конечностей, наличием несостоятельных вен перфорантов. Исследования проводились по стандартной методике в положении лёжа и стоя, с выполнением функциональных проб.

Была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 40 пациентов, страдавших остеоартрозом коленных суставов без проявлений хронической венозной недостаточности. В эту группу были включены пациенты, средний возраст которых составил $58,1 \pm 8,2$ года, средняя длительность заболевания остеоартрозом коленных суставов $9,1 \pm 6,2$ года. Среди пациентов 32 (80 %) женщины составили, 8 (20 %) мужчины. Работающих было 24 (60 %), на пенсии по возрасту 16 (40 %), инвалидами различных групп явились 11 (27,5 %) пациентов. Избыточная масса тела была отмечена у 14 (35 %) пациентов. При статистическом анализе достоверных различий между двумя группами (основной и контрольной) не выявлено.

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 [2], проверка на однородность с помощью критерия Пирсона (хи-квадрат).

Результаты и их обсуждение

При анализе полученных данных выявлено, что пациенты обеих групп не отмечали различий в оценке болевого синдрома по ВАШ в утренние часы. В вечерние часы отмечены статистически достоверные различия в выраженности болевого синдрома с преобладанием их у пациентов основной группы. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в утренние и вечерние часы

		Контрольная группа (n = 40).	Основная группа (n = 40).
Утром	В покое.	$49,6 \pm 12,1$	$51,2 \pm 10,4$
	При движении.	$53,3 \pm 10,8$	$50,5 \pm 11,1$
Вечером	В покое.	$51,1 \pm 8,8$	$67,5 \pm 9,3^*$
	При движении.	$51,9 \pm 7,7$	$64,3 \pm 8,9^*$

Примечание: *обозначены статистически достоверные различия.

По данным шкалы ВАШ отмечено повышение уровня болевого синдрома в вечерние часы у пациентов основной группы. На наш взгляд, это связано с усилением

проявлений хронической венозной недостаточности и ухудшением венозного оттока в вечерние часы.

При сравнении результатов проявлений гонартроза по данным индекса Лекена и функционального индекса WOMAC нами отмечено некоторое повышение значений индексов у пациентов основной группы, но данные различия были статистически недостоверными. Результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2. Сравнение проявлений результатов гонартроза у пациентов основной и контрольной группы

	Контрольная группа (n = 40).	Основная группа (n = 40).
Индекс Лекена	12,3 ± 2,5	12,9 ± 2,3
Индекс WOMAC.	119,7 ± 28,3	125,4 ± 29,7

Однако при оценке выборочных показателей данных индексов, а именно ночной боли, отмечены статистически достоверные различия. Так, по данным индекса Лекена, в основной группе отмечено большее количество пациентов с проявлениями ночной боли даже без движения. По данным индекса WOMAC выявлено статистически достоверное различие выраженности ночной боли. На наш взгляд, это подтверждает данные А.А. Позина [5], что у больных остеоартрозом повышение венозного давления ассоциируется исключительно с ночными болями. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3. Выраженность ночных болей у пациентов основной и контрольной групп

	Контрольная группа (n = 40).	Основная группа (n = 40).
Индекс Лекена (количество больных)	19 (47,5%)	31 (77,5%) *
Индекс WOMAC.	5,6 ± 0,9	8,8 ± 1,2 *

Примечание:* обозначены статистически достоверные различия.

При оценке данных артрозонографии коленных суставов выявлено преобладание пациентов с наличием реактивного синовита в основной группе. Эти данные коррелируют с результатами, полученными А.А. Позиным [5]. Результаты приведены в таблице 4.

Таблица 4. Частота встречаемости реактивного синовита у пациентов основной и контрольной групп

	Контрольная группа (n = 40).	Основная группа (n = 40).
Синовииит	15 (37,5%)	23 (57,5%)*

Примечание: * обозначены статистически достоверные различия.

ВЫВОДЫ

1. Наличие у пациентов остеоартроза коленных суставов сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей приводит к усугублению клинической и ультразвуковой картины заболевания.

2. При анализе болевого синдрома по данным ВАШ отмечено отсутствие различий в утренние часы и наличие различий в вечерние часы в выраженности болей как в покое, так и при движении.

3. У больных с проявлениями хронической венозной недостаточности достоверно более выражены ночные боли. Так, по данным индекса WOMAC, выраженность болей в контрольной группе составила $5,6 \pm 0,9$, а в группе с варикозной болезнью $8,8 \pm 1,2$.

4. Присоединение варикозной болезни чаще приводит к развитию синовита коленных суставов по данным артросонографии.

Список литературы

1. *Андреева Т.М., Новиков П.Е., Огрызко Е.В.* Травматизм, ортопедическая заболеваемость и состояние травматолого-ортопедической помощи в России (2004 г.) / Под общ. ред. С.П. Миронова. – М.: Медицина, 2005. – 59 с.

2. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999. – 459 с.

3. *Ковалёв П. В.* Методы реваскуляризации и декомпрессии субхондральной зоны в хирургическом лечении деформирующего гонартроза (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2002. – 146 с.

4. *Лучихина Л.В.* Артроз: ранняя диагностика и патогенетическая терапия. – М.: Медицинская энциклопедия, 2001. – 167 с.

5. *Позин А.А.* Значение периферического кровообращения в формировании структурных и функциональных нарушений коленных и тазобедренных суставов у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ярославль, 2000. – 188 с.

6. *Салихов И.Г., Лапина С.А., Мясоутова Л.И. и др.* Остеоартроз и заболевания периферических вен нижних конечностей. Особенности сочетанной патологии // Тер. арх. 2010. – Т. 82. – № 5. – С. 58–60.

Рецензенты:

Кузнецова Т.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии Петрозаводского государственного университета, г. Петрозаводск.

Мельцер Р.И., д.м.н., профессор, кафедра факультетской хирургии Петрозаводского государственного университета, г. Петрозаводск.