

Оригинальная статья/Original article

Исследование комплаентности периперационной флеботропной терапии у пациентов с варикозной болезнью

С.Н. Жабин¹, e-mail:
79038771993@yandex.ru

А.А. Шитиков², А.В. Цуканов¹,
Е.Г. Обьедков¹, С.С. Дудченко¹,

В.А. Муленова³,
А.Д. Хижняк¹, К.Е. Белова¹

¹ Курский государственный медицинский университет; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

² Курская областная клиническая больница; 305007, Россия, Курск, ул. Сумская, д. 45а

³ Белгородский государственный университет; 308015, Россия, Белгород, ул. Победы, д. 85

Резюме

Введение: варикозная болезнь вен нижних конечностей является одной из распространенных проблем сосудистой хирургии. Клинически данное заболевание сопровождается обширным спектром жалоб и внешних симптомов, которые в итоге приводят к снижению качества жизни пациентов. На данный момент применяется комплексный подход в его лечении, наряду с минимально инвазивной хирургической коррекцией и склеротерапией, в качестве консервативной терапии используются различные флеботропные препараты.

Цель: улучшение качества проведения флеботропной терапии пациентам с варикозной болезнью вен нижних конечностей, основанной на изучении факторов, формирующих комплаентность пациента к эффективно проведенной терапии по клинической симптоматике.

Комплаентность означает точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Наиболее часто комплаентность или, как чаще встречается в литературе, приверженность, оценивается индексом использования препарата, представляющим собой частное от деления числа дней, в которые осуществлялся прием полной дозы препарата, на длительность всего периода исследования.

Материалы и методы: проведен анализ 368 + 111 больных варикозной болезнью вен нижних конечностей. Среди них у 111 человек (проведена флебэктомия в стационаре) корректно изучить комплаентность оказалось невозможным. 368 пациентов были разделены на группы: 1-я: пациенты, которым были показаны современные методы хирургического лечения варикозной болезни (эндовазальная лазерная коагуляция, склерооблитерация); 2-я: пациенты, которые воздержались от показанных и предложенных им вмешательств. Как оказалось, комплаентность в различных группах пациентов различна.

Результаты. Пациентов, которым было показано и выполнено хирургическое лечение (320; 86,9%), можно считать высококомплаентными к назначенной консервативной терапии (среднее значение индекса комплаентности 0,84) относительно пациентов, которые отказались от проведения рекомендованных им по показаниям хирургических манипуляций, – 48 (13,1%), среднее значение индекса – 0,54. В ходе исследования были определены факторы, формирующие комплаентность к флеботропным препаратам, проведена сравнительная оценка по основным показателям эффективности флеботропных препаратов.

Заключение. Комплаентность пациентов, страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей, при лечении флеботропными препаратами изменяется в зависимости от кратности и удобства формы лекарственного средства, от эффективности предложенной флеботропной терапии по влиянию на жалобы и симптомы, от психологической готовности пациента доверить хирургу результат конечного лечения заболевания.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность, флеботоники, комплаентность, приверженность терапии, ЭВЛК, микронизированная очищенная флавоноидная фракция

Для цитирования: Жабин С.Н., Шитиков А.А., Цуканов А.В., Обьедков Е.Г., Дудченко С.С., Муленова В.А., Хижняк А.Д., Белова К.Е. Исследование комплаентности периперационной флеботропной терапии у пациентов с варикозной болезнью. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия.* 2020;(1–2):81–88. doi: 10.21518/1995-1477-2020-1-2-81-88.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

A perioperative phlebotropic therapy compliance study in patients with varicose veins

S.N. Zhabin¹,
e-mail: 79038771993@yandex.ru

A.A. Shitikov², A.V. Tsukanov¹,
E.G. Obedkov¹, S.S. Dudchenko¹,

V.A. Murenova³, A.D. Khizhnyak¹,
K.E. Belova¹

¹ Kursk State Medical University; 3, Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia; 305041

² Kursk Regional Clinical Hospital; 45a, Sumskaya St., Kursk, Russia, 305007

³ Belgorod State University; 85, Pobedy St., Belgorod, Russia, 308015

Abstract

Introduction: Lower extremity varicose vein disease is one of the common problems in vascular surgery. Clinically, this disease is accompanied by a wide range of complaints and external symptoms, which eventually lead to a worse patients' quality of life. The integrated approach is being applied to the disease treatment, which involves the use of various phlebotropic drugs as conservative therapy along with minimally invasive surgical correction and sclerotherapy.

Objective: to improve the quality of phlebotropic therapy for patients with lower extremity varicose vein disease, based on the study of factors that shape the patient's compliance with the effective treatment of clinical symptoms.

The term «compliance» means the precise and informed implementation of the doctor's recommendations during the treatment by the patient. Most often, «compliance» is assessed by the drug use index, which is the quotient of dividing the number of days on which the full dose of the drug was taken by the duration of the entire study period. *Materials and methods:* The analysis of 368 + 111 patients with lower extremity varicose vein disease was carried out. Of these, 111 patients turned out to be beyond the correct study of compliance (a phlebectomy was performed in a hospital). 368 patients were divided into the following groups: Group 1: the patients, who were assigned modern surgical treatment of varicose veins (endovenous laser coagulation, scleroobliteration); Group 2: the patients, who withdrew from assigned interventions. As it turned out, the different groups of patients differed in compliance.

Results. The patients who were shown and performed surgical treatment – 320 (86.9%), can be considered highly compliant with the prescribed conservative therapy – the average value of the compliance index is 0.83, compared to the representatives who refused to perform the recommended surgical procedures recommended by them – 48 (13.1%), the compliance index is 0.78.

In the course of the investigation, the factors shaping compliance with phlebotropic drugs were identified, a comparative assessment was carried out on the main indicators of the effectiveness of phlebotropic drugs.

Conclusion. Thus, the compliance of the patients suffering from LEVV during the treatment with phlebotropic drugs varies depending on the multiplicity and convenience of the form of the drug, on the effectiveness of the proposed phlebotropic therapy according to the influence on the complaints and symptoms, on the psychological readiness of the patient to entrust the result of the final treatment of the disease to the surgeon.

Keywords: Lower extremity varicose vein disease, chronic venous insufficiency, phlebotonics, compliance, therapy adherence, endovenous laser coagulation, micronized purified flavonoid fraction

For citation: Zhabin S.N., Shitikov A.A., Tsukanov A.V., Obedkov E.G., Dudchenko S.S., Murenova V.A., Khizhnyak A.D., Belova K.E. A perioperative phlebotropic therapy compliance study in patients with varicose veins. *Stacionarozameshchayushchie tekhnologii: Ambulatornaya khirurgiya = Hospital-replacing technologies: Ambulatory surgery.* 2020;(1–2):81–88. (In Russ.) doi: 10.21518/1995-1477-2020-1-2-81-88.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) является одной из распространенных проблем сосудистой хирургии. Клинически ВБВНК сопровождается обширным спектром жалоб и внешних симптомов, которые в итоге приводят к снижению качества жизни пациентов [1]. На данный момент применяется комплексный подход в лечении ВБВНК: наряду с минимально инвазивной хирургической коррекцией (широко в настоящее время применяются способы мини-инвазивной термальной абляции), остается востребованной в арсенале хирургических средств и классическая флебэктомия, склеротерапия, в качестве консервативной терапии используются различные флеботропные препараты [2–5, 6, 7].

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

В периоперационном периоде для снижения выраженности веноспецифического воспаления, уменьшения патологических проявлений ВБВНК в микроциркуляторном русле, нормализации проницаемости стенки сосуда целесообразно применение флеботропных препаратов. Основные цели флеботропной терапии

при ВБВНК: купирование симптомов ХВН, предотвращение осложнений, профилактика в группах риска, предоперационная подготовка, послеоперационная реабилитация. Исходя из патогенеза ВБ нижних конечностей, задачи консервативной терапии можно представить следующим образом: купирование веноспецифических воспалительных процессов, улучшение лимфооттока, воздействие на микроциркуляторные изменения, коррекция гемореологических нарушений, повышение тонуса венозной стенки [8]. Как уже говорилось выше, флеботропные препараты являются основой медикаментозного лечения больных с ВБВНК. Это большая группа фармакологических препаратов, обладающих способностью увеличивать венозный отток из нижних конечностей. Безусловно, флеботоническое воздействие следует признать основным эффектом флебопротективных препаратов. Однако все они обладают поливалентным механизмом действия: различной противовоспалительной активностью, стимулируют лимфоотток, улучшают гемореологию. Эти особенности, позволяющие воздействовать на основные звенья патогенеза, объединили различные препараты в группу флебопротекторов и сделали их базовыми в консервативном лечении пациентов с ВБВНК.

Однако на принятие или отрицание пациентом назначенного флеботропного лечения непосредственное влияние оказывает высокая или низкая приверженность терапии. Термин «комплаентность», по сути означающий точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения, стал применяться с 70-х гг. XX в. в основном при обсуждении лекарственной терапии. Наиболее часто комплаентность оценивается индексом использования препарата, представляющим собой частное от деления числа дней, в которые осуществлялся прием полной дозы препарата, на длительность всего периода исследования. Комплаентное поведение пациентов зависит от характера мотивации к поддержанию здоровья. Причины низкой приверженности пациентов рекомендациям врача подробно рассмотрены в руководстве ВОЗ, принятом на конгрессе в Женеве¹. Основными факторами, определяющими комплаентное отношение к флеботропной терапии, являются: гендерные, тендерные особенности, возраст пациента, уровень образования и социальное положение, присутствие черт экстраверта, конформные личностные характеристики [9].

Цель: улучшение качества проведения флеботропной терапии пациентам с ВБВНК, основанное на изучении факторов, формирующих комплаентность пациента к эффективно проведенной терапии, а также факторов, влияющих на клиническую симптоматику.

Материалы и методы. Для анализа комплаентности было выполнено разделение на две группы по отношению пациента к назначенному лечению. В обеих группах было непрерывное равномерное распределение, равное количество как мужчин, так и женщин, сопоставимых по полу и возрасту. Проводилось анкетирование по тесту Мориски – Грина, опроснику «Уровень комплаентности». Ретроспективно были оценены сравнительные критерии эффективности по различным показателям: длительности и кратности применения препарата, клиническим признакам по классификации CEAP. Методом случайной выборки консультированных и наблюдающихся у сосудистого хирурга за длительный период времени (с 2015 г.) пациентов, а также ретроспективно консультированных наблюдаемых больных до и после выполненных хирургических вмешательств проведен анализ 368 человек, страдающих ВБВНК. Последние были разделены на группы: первая группа – пациенты, которым были показаны и выполнены различные методы хирургического лечения (ЭВЛК, склерооблитерация), и вторая группа – пациенты, отказавшиеся

¹ Adherence to long-term therapies: evidence for action. Available at: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

от различных показанных им способов хирургического лечения. Как выяснилось в ходе анализа, комплаентность в группах пациентов значимо отличается. Результаты собственных исследований и обсуждение.

Для определения комплаентности терапии у пациентов с варикозной болезнью были выделены следующие группы пациентов (рис. 1).

Флебэктомия была выполнена в бюджетном медицинском учреждении у 111 исследуемых человек. Эти пациенты были исключены в процессе наблюдения за анализом комплаентности, поскольку, как оказалось, невозможно корректно оценить дни приема лекарств из-за отсутствия повторных явок пациентов и адекватной обратной связи с ними. Это сделано с учетом обстоятельства ведения и наблюдения таких больных разными хирургами в стационаре, а в периоперационном периоде – в разных поликлиниках, при этом

РИСУНОК 1. Изначальная выборка всех пациентов, которым было показано оперативное лечение (n = 479). Далее в исследовании не учитывались 111 пациентов, которым была выполнена флебэктомия
FIGURE 1. The initial number of all patients, who had indications for surgical treatment (n = 479). (Later on, 111 patients, who underwent phlebectomy, were disregarded in the study)



*Первая группа пациентов (320 человек), которым было показано и выполнено хирургическое лечение: ЭВЛК – 260 человек (81,25% от 320 человек), склерооблитерация – 60 человек. (18,75% от 320 человек)

** Вторая группа пациентов отказалась от какого-либо предложенного хирургического лечения (48 человек): отказавшиеся от предложенной ЭВЛК – 40 человек, от склерооблитерации – 8 человек.

обработка информации самих рекомендаций пациенту по кратности, по учету приема препаратов возможна, но значительно усложнена для анализа комплаентности. Для них целесообразно оценивать приверженность по анкет-тестам, приведенным ниже.

С целью уменьшения выраженности жалоб в периоперационном периоде и снижения частоты послеоперационных осложнений всем пациентам 1-й и 2-й групп было рекомендовано применение флеботропных препаратов, адаптирующих венозную и лимфатическую систему к операционному стрессу, обусловленному повреждением сосудистой стенки с развитием веноспецифического воспаления и повреждения паравазальных структур. Всем пациентам (группы 1 и 2) без исключения рекомендовался курс приема флеботропных препаратов в течение 2 месяцев, с повтором курса два раза в год, при этом рекомендации по хирургическому, консервативному лечению, а также контроль-анкетирование пациентов проводились одним врачом-специалистом.

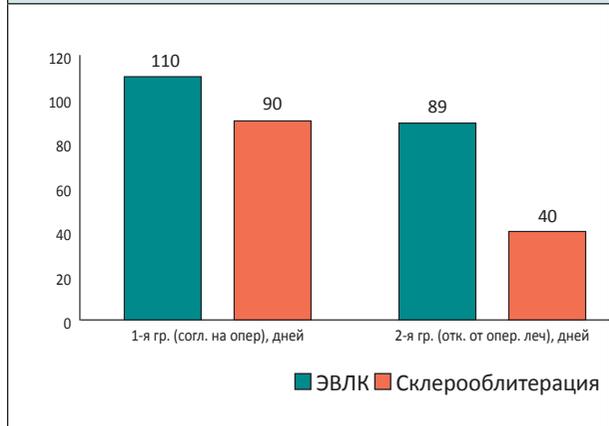
Для математического анализа комплаентности в литературе можно встретить различные показатели. Это и отображение частного от деления, и процентное соотношение, и непосредственно индексы комплаентности.

Комплаентность – частное от деления числа дней, в которые осуществлялся прием полной дозы препарата, на длительность периода исследования; в нашей работе рекомендованная длительность – два курса по 60 дней, т. е. 120 дней.

Комплаентное поведение пациентов зависело от характера мотивации к поддержанию здоровья. Так, пациенты с С2-С3 needing в оперативном лечении, решительно прибегали к предложенному хирургическому способу, не затягивая до появления С4-С6, а в периоперационном периоде ответственно подходили к соблюдению назначенной флеботропной терапии. Это прослеживалось в отдаленных сроках после проведенных вмешательств – 1 год и более.

Комплаентность пациентов в группе с ЭВЛК 110/120 (индекс 0,92) для склерооблитерации составила 90/120 (0,75) (рис. 2). Такие пациенты проявляют наибольшую заинтересованность в достижении положительного результата, соблюдая рекомендации сосудистого хирурга. В этой группе – согласившихся на операцию – была отмечена абсолютная приверженность пациентов срокам приема назначенной флеботропной терапии, а среднее значение индекса комплаентности составило 0,84 $((0,92+0,75)/2)$. Такой индекс соответствует высокому уровню приверженности. Из 320 человек 45% пациентов получали

РИСУНОК 2. Комплаентность флеботропной терапии в исследуемых группах – количество дней, в которые осуществлялся прием полной дозы препарата, рассчитанной на 120 дней в году
FIGURE 2. Phlebotropic therapy compliance in the studied groups – the number of days, in which the full dose of the drug scheduled for 120 days a year was taken



МОФФ (Детралекс®, Les Laboratoires Servier, Франция, 1000 мг), 38,4% – диосмин (Флебодиа 600®, Innothera Chouzu, Франция, 600 мг) и 53 человека (16,6%) – экстракт красных листьев винограда (Антистакс®, Ginsana SA, Швейцария, 360 мг).

В группе отказавшихся средний индекс использования препарата равен 0,54 $((0,74 + 0,33)/2)$ (табл. 1). Такой низкий уровень комплаентности может быть связан с психологическими особенностями больного, к которым, как мы полагаем, относится как отрицание значимости данного заболевания, так и невысокие волевые личностные качества. В этой группе

ТАБЛИЦА 1. Комплаентность пациентов к назначенной флеботропной терапии
TABLE 1. Patients' compliance with prescribed phlebotropic therapy

Группа	Индекс комплаентности *	
1. ЭВЛК	110 дн./120 дн. (индекс 0,92)	Ср. зн. 0,84
1. Склерооблитерация	90 дн./120 дн. (индекс 0,75)	
2. Отказавшиеся от ЭВЛК	89 дн./120 дн. (индекс 0,74)	Ср. зн. 0,54
2. Отказавшиеся от Склеро	40 дн./120 дн. (индекс 0,33)	

* Частное от деления числа дней (среднее значение в расчете на всех пациентов), в который осуществлялся прием полной дозы препарата, на длительность периода исследования, – рекомендованная длительность флеботропными препаратами двумя курсами по 60 дней, т. е. 120 дней.

21 из 48 человек (43,7%) получал МОФФ, 41,8% – диосмин и 12,5% – экстракт красных листьев винограда.

Для удобного визуального восприятия данных на *рис. 2* представлено количество дней, в которые пациентами осуществлялся прием полной дозы препарата, от максимальной длительности показанного двухкурсового приема препарата в году.

Для балльной оценки комплаентности применяются некоторые аналитические тестовые системы, такие как тест Мориски – Грина, тестовый опросник «Уровень комплаентности».

Тест-анкетирование удобно проводить для пациентов, наблюдающихся разными хирургами. Если же пациент наблюдается одним хирургом, то проще и удобнее достоверно планомерно просчитать именно индексы комплаентности, учитывая и фиксируя число дней приема в электронной документации при повторных осмотрах больных. Так, например, нами использовалась система 1С «Медицинские информационно-аналитические системы» (МИАС).

В качестве иного подхода для сравнения полученных нами результатов комплаентности по индексам у части пациентов было проведено анкетирование по системе Мориски – Грина, которое показывает приверженность пациента терапии исходя из балльной оценки опросника. Согласно его критериям комплаентными считаются пациенты, получившие 4 балла – для этого пациенты должны четырежды ответить «нет» на представленные вопросы; некомплаентными – набравшие 2 балла и менее; набравшие 3 балла считаются недостаточно комплаентными и находящимися в группе риска по развитию некомплаентности. Вопросы представлены ниже.

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да)?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств (нет/да)?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо (нет/да)?
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы последующие приемы (нет/да)?

По результатам теста подавляющее число анкетированных пациентов из группы согласившихся на оперативное лечение ЭВЛК и склерооблитерацию (анкетировано 312 из 320 человек), а также пациенты, согласившиеся на флебэктомию (82 из 111), демонстрировали высокий уровень приверженности флеботропной терапии. Результат теста в данных группах пациентов составлял 4 балла. Подтвержденная анкетированием высокая приверженность флеботропным

препаратам обусловлена изначально субъективно тягостной симптоматикой, переживаемой пациентом (с различными клиническими проявлениями от С1 до С6 по СЕАР с наличием симптомов ХЗВ – S). Это побуждает пациентов обращаться за медицинской помощью и формирует установку человека на лечение, а назначение лекарственных препаратов воспринимается как способ избавления от недуга. Соответственно, больной демонстрирует ожидаемо высокий терапевтический эффект сотрудничества и выполнения врачебных рекомендаций. Восстановление здоровья после терапии укрепляет доверие больного к лечению в будущем.

Отказавшиеся от лечения пациенты (43 из 48 человек), симптомы которых протекают без выраженных клинических проявлений, не принося больному существенного физического дискомфорта, демонстрируют низкий уровень комплаентности флеботропной терапии. По результатам теста данная группа пациентов при ответе на вопросы набирала, как правило, меньше 2 баллов.

У немногочисленной части больных (10 пациентов) протестированы возможности с помощью опросника «Уровень комплаентности», который состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает: «всегда», «иногда» или «никогда». После того как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по трем вариантам проявления комплаентного поведения. Для этого используется ключ, с помощью которого подсчитываются баллы по каждому виду комплаентного поведения:

За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется 2 балла; за каждый отрицательный ответ – 0 баллов; за неопределенный ответ – 1 балл.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается следующим образом:

- от 0 до 40 – низкий уровень комплаентности;
- от 41 до 80 – средний уровень комплаентности;
- от 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Высокие баллы, полученные в ходе диагностики с помощью опросника (5 человек), набрали те же пациенты из группы, согласившиеся на хирургическое лечение, ориентированные на достижение цели – выздоровление, добросовестное выполнение рекомендаций врача. Низкие баллы набрали анкетированные пациенты (5 человек) из второй группы, отказавшиеся от хирургического лечения, – они ориентировались на собственные решения, стремясь иметь собственное мнение, и были не согласны с мнением врача, а иногда склонны психологически с порога вступать в открытые конфронтации (два человека).

Необходимо еще раз подчеркнуть, что опросник «Уровень комплаентности» является специализированным инструментом для анализа отношения личности к лечению и его применение ограничено сложностью и длительностью проведения, поэтому мы отказались от его использования.

В ходе изучения комплаентности назначенной медикаментозной терапии 320 исследуемых пациентов (которым было выполнено хирургическое лечение) были разделены на три подгруппы, в которых число пациентов, принимающих диосмин, было 123 (38,4%), микронизированную очищенную флавоноидную фракцию (МОФФ) – 144 (45%), экстракт красных листьев винограда – 53 (16,6%).

Таким образом, МОФФ демонстрирует статистически значимое превосходство перед диосмином и экстрактом красных листьев винограда по влиянию на все симптомы, связанные с ВБВНК (табл.). Связано это с доказанным влиянием МОФФ на активность веноспецифического воспаления, что не было показано ни для диосмина в отдельности, ни для экстракта красных листьев винограда.

Данные, полученные при оценке динамики проявлений ВБВНК после терапии МОФФ, включая жалобы пациентов, могут представлять значимый научный интерес, т.к. наглядно отображают результаты терапии препаратами и демонстрируют эффективность их применения у пациентов с хронической венозной недостаточностью (рис. 3).

ВЫВОДЫ

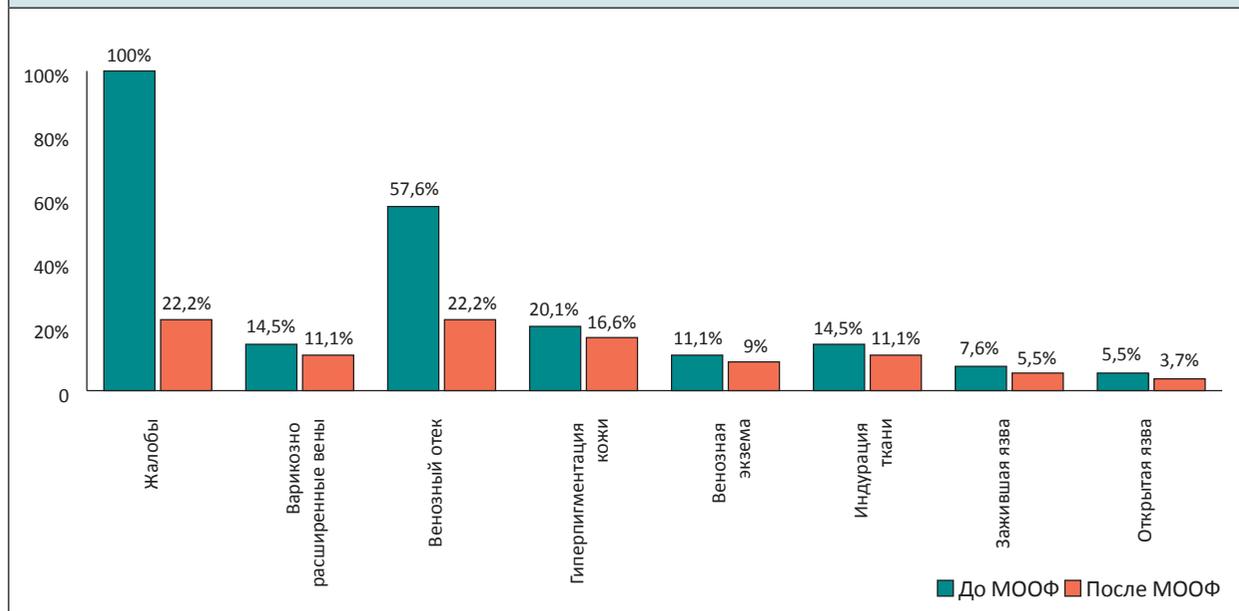
1. Комплаентность пациентов, страдающих ВБВНК, при лечении флеботропными препаратами зависит не только от кратности и удобства формы лекарственного средства, но и от эффективности флеботропной терапии. Высокий показатель ИК демонстрирует заинтересованность пациента в достижении положительного результата и готовность пациента, – при наличии показаний вовремя принять решение о предложенном хирургическом лечении заболевания.
2. У пациентов, отказавшихся от предложенных показанных им хирургических вмешательств, отмечалась четкая взаимосвязь между отказом от хирургического лечения и последующей сравнительно низкой приверженностью консервативной флеботропной терапии

ТАБЛИЦА. Сравнение эффективности флеботропных препаратов при лечении варикозной болезни вен нижних конечностей
TABLE. Phlebotrope medication effect comparison in lower limb vein disease treatment

Критерии оценки	Диосмин		МОФФ		Экстракт красных листьев винограда	
	до	после	до	после	до	после
Факты применения препарата и динамика уменьшения клинических признаков у пациентов после приема						
Длительность применения (на курс)	2 месяца		2 месяца		2 месяца	
Кратность приема	1 раз в день (600 мг)		1 раз в день (1000 мг)		1 раз в день (360 мг)	
Клинические признаки						
Жалобы*	100,0% (123)	56,9% (70)	100,0% (144)	22,2% (32)	100,0% (53)	75,4% (40)
Варикозное расшир. (C2)	13% (16)	6,5% (8)	14,5% (21)	11,1% (16)	20,7% (11)	9,4% (5)
Венозный отек (C3)	86,9% (107)	43,9% (54)	57,6% (83)	22,2% (32)	45,2% (24)	35,8% (19)
Гиперпигментация кожи (C4)	13,8% (17)	8,9% (11)	20,1% (29)	16,6% (24)	20,7% (11)	5,6% (3)
Венозная экзема (C4)	13% (16)	10,5% (13)	11,1% (16)	9% (13)	15% (8)	9,4% (5)
Индурация ткани (C4)	10,5% (13)	6,5% (8)	14,5% (21)	11,1% (16)	15% (8)	5,6% (3)
Существование зажившей язвы (самой крупной) (C5)	6,5% (8)	4% (5)	7,6% (11)	5,5% (8)	–	–
Существование активной язвы (наиболее обширной в случае не единичной) (C6)	4% (5)	2,4% (3)	5,5% (8)	3,4% (5)	–	–

* Симптомы, связанные с ВБВНК: тяжесть в ногах, дискомфорт, зуд, болезненность по ходу варикозных вен, парестезии, ночные судороги, синдром беспокойных ног и другие веноспецифические жалобы.

РИСУНОК 3. Динамика изменения состояния пациентов на фоне терапии МОФФ
FIGURE 3. Changes in health status of the patients during MPFF therapy



(индекс комплаентности 0,54 против 0,84 – у согласившихся на показанное оперативное лечение). Приведенные обстоятельства значительно снижают эффективность лечения ВБВНК у таких больных и ухудшают прогноз. В связи с этим в данной группе пациентов актуальными являются более углубленные исследования психоэмоциональных особенностей с учетом индивидуального типа восприятия реальности с целью повышения комплаентности и, как следствие, повышения качества лечения ВБВНК. Определенные успехи в понимании того, что такое приверженность пациентов лечению, уже достигнуты; в то же время, присоединяясь к мнению о несомненной необходимости новых

методов воздействия на комплаентность, также хотим отметить, что требуются и новые подходы к изучению этой многогранной проблемы.

3. На основании полученных данных можно заключить, что МОФФ наиболее полно удовлетворяет ожидаемым результатам лечения по сравнению с другими препаратами, что подтверждается более выраженной фармакологической активностью МОФФ в отношении основных жалоб и симптомов, а также показателей венозной гемодинамики.

Поступила/Received 16.12.2019

Поступила после рецензирования/Revised 02.02.2020

Принята в печать/Accepted 05.02.2020

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткин М.И. *Основы клинической флебологии*. 2-е изд. М.: Медицина; 2013. 312 с.
2. Богачев В.Ю., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Эндовазальная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2004;10(1):93–97. Режим доступа: <http://www.angiolsurgery.org/magazine/2004/1/13.htm>.
3. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В. *Лазерная хирургия варикозной болезни*. 3-е изд. М.: Боргес; 2010. 196 с.
4. Goldman M.P., Mauricio M. Intravenous 1320-nm Laser Closure of the Great Saphenous Vein: A 6- to 12-Month Follow-up Study. *Dermatol Surg*. 2004;30(11):1380–1385. doi: 10.1111/j.1524-4725.2004.30431.x.
5. Pannier F., Rabe E., Maurins U. First results with a new 1470-nm diodelaser for endovenous ablation of incompetent saphenous veins. *Phlebology*. 2009;24(1):26–30. doi: 10.1258/phleb.2008.008038.
6. Савельев В.С., Покровский А.В., Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Богданец Л.И., Сапелкин С.В. и др. Системная терапия венозных трофических язв. Результаты применения микронизированного диосмина (Детралекс). *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2002;8(4):47–53. Режим доступа: <http://www.angiolsurgery.org/magazine/2002/4/7.htm>.
7. Min R.J., Khilnani N., Zimmet S.E. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2003;14(8):991–996. doi: 10.1097/01.rvi.0000082864.05622.e4.
8. Кириенко А.И. Новые технологии лечения ХВН – что об этом думают специалисты? *Флебология*. 2006;(27):15.
9. Шварц Ю.Г., Наумова Е.А. Приверженность пациентов к лечению с позиций доказательной медицины. *Международный медицинский журнал*. 2005;11(3):120–125. Режим доступа: <http://www.imj.kh.ua/archive/2005/3/26>.

REFERENCES

1. Shevchenko Yu.L., Stoyko Yu.M., Lytkin M.I. *Basics of clinical phlebology*. 2nd ed. Moscow: Meditsina; 2013. 312 p. (In Russ.)
2. Bogachev V.Yu., Kirienko A.I., Zolotukhin I.A., Bryushkov A. Yu., Zhuravleva O.V. Endovasallaser obliteration of the greater saphenous vein in patients with varicosis. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya = Angiology and vascular surgery*. 2004;10(1):93–97. (In Russ.) Available at: <http://www.angiolsurgery.org/magazine/2004/1/13.htm>.
3. Shevchenko Yu.L., Stoyko Yu.M., Mazayshvili K.V. *Laser surgery of varicose disease*. 3rd ed. Moscow: Borges; 2010. 196 p. (In Russ.)
4. Goldman M.P., Mauricio M. Intravenous 1320-nm Laser Closure of the Great Saphenous Vein: A 6- to 12-Month Follow-up Study. *Dermatol Surg*. 2004;30(11):1380–1385. doi: 10.1111/j.1524-4725.2004.30431.x.
5. Pannier F., Rabe E., Maurins U. First results with a new 1470-nm diodelaser for endovenous ablation of incompetent saphenous veins. *Phlebology*. 2009;24(1):26–30. doi: 10.1258/phleb.2008.008038.
6. Savelev V.S., Pokrovskiy A.V., Kirienko A.I., Bogachev V.Yu., Bogdanets L.I., Sapelkin S.V. et al. Systemic therapy of venous trophic ulcers. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya = Angiology and vascular surgery*. 2002;8(4):47–53. (In Russ.) Available at: <http://www.angiolsurgery.org/magazine/2002/4/7.htm>.
7. Min R.J., Khilnani N., Zimmet S.E. Endovenouslaser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2003;14(8):991–996. doi: 10.1097/01.rvi.0000082864.05622.e4.
8. Kirienko A.I. New technologies for the treatment of CVI – what do experts think of this? *Phlebolympnologiya = Phlebolympnology*. 2006;(27):15. (In Russ.)
9. Schwarz Yu.G., Naumova E.A. Adherence of patients to treatment from the positions of evidence-based medicine. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal = International Medical Journal*. 2005;11(3):120–125. (In Russ.) Available at: <http://www.imj.kh.ua/archive/2005/3/26>.

Информация об авторах:

Жабин Сергей Николаевич, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0002-9324-0972; e-mail: 79038771993@yandex.ru

Шитиков Александр Алексеевич, врач - клинический фармаколог, бюджетное медицинское учреждение «Курская областная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области; 305007, Россия, Курск, ул. Сумская, д. 45а; ORCID: 0000-0003-2428-3300; e-mail: farmokb@yandex.ru

Цуканов Андрей Викторович, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0001-7578-6835; e-mail: tsandrej@yandex.ru

Обедков Евгений Геннадьевич, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 1, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0003-0566-1476; e-mail: evgenij-obedkov@yandex.ru

Дудченко Светлана Сергеевна, аспирант кафедры хирургических болезней № 1, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0002-4677-0129; e-mail: svetlana.svetlana-dudchenko@yandex.ru

Муренова Валерия Андреевна, ординатор первого года обучения кафедры офтальмологии, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»; 308015, Россия, Белгород, ул. Победы, д. 85; e-mail: murenova@rambler.ru

Хижняк Анна Дмитриевна, ординатор первого года обучения кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0002-7619-445X; e-mail: khizhnyak.anna16@gmail.com

Белова Кристина Евгеньевна, студентка 6-го курса лечебного факультета, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; ORCID: 0000-0002-4752-5782; e-mail: belova-w96@mail.ru

Information about the authors:

Sergei N. Zhabin, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chair for Surgical Diseases No. 1, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of the Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041; ORCID: 0000-0002-9324-0972; e-mail: 79038771993@yandex.ru

Alexander A. Shitikov, Physician - Clinical Pharmacologist, State-financed Healthcare Institution “Kursk Regional Clinical Hospital” of Kursk Region Health Committee; 45a, Sumsкая St, Kursk, Russia, 305007; ORCID: 0000-0003-2428-3300; e-mail: farmokb@yandex.ru

Andrei V. Tsukanov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chair for Surgical Diseases No. 1, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of The Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041; ORCID: 0000-0001-7578-6835; e-mail: tsandrej@yandex.ru

Evgenij G. Obedkov, Cand. of Sci. (Med.), Teaching Assistant, Chair for Surgical Diseases No. 1, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of The Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041; ORCID: 0000-0003-0566-1476; e-mail: evgenij-obedkov@yandex.ru

Svetlana S. Dudchenko, Postgraduate Student, Chair for Surgical Diseases No. 1, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of The Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041, Russia; ORCID: 0000-0002-4677-0129; e-mail: svetlana.svetlana-dudchenko@yandex.ru

Valeriya A. Murenova, First-Year Resident, Chair for Ophthalmology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “Belgorod National Research University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 85, Pobedy St, Belgorod, 308015, Russia; e-mail: murenova@rambler.ru

Anna D. Khizhnyak, First-Year Resident, Chair for Obstetrics and Gynecology, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of The Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041, Russia; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041, Russia; ORCID: 0000-0002-7619-445X; e-mail: khizhnyak.anna16@gmail.com

Kristina E. Belova, Sixth-Year Student, General Medicine Faculty, State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education “Kursk State Medical University of The Federal Agency in Health Care and Social Development”; 3, Karl Marx St, Kursk, 305041, Russia; ORCID: 0000-0002-4752-5782; e-mail: belova-w96@mail.ru