

Варикозное расширение вен

Цалко Наталья Анатольевна 524 группа

Интересные факты

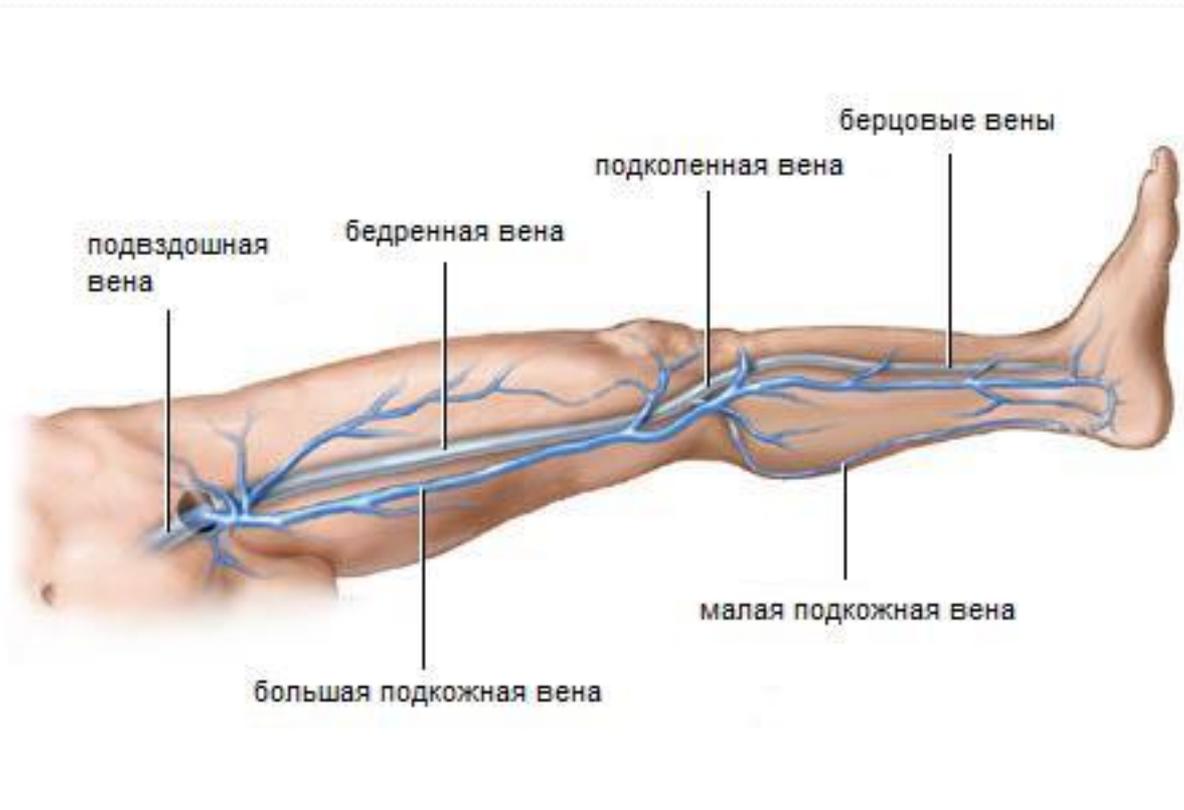
- Слово "варикозное" происходит от лат. "varix, varicis" - "вздутие"
- Варикозная болезнь присуща только человеку. В связи с прямохождением у представителей вида *Homo sapiens* во время активной жизнедеятельности большая часть циркулирующей крови (60-70%) находится ниже уровня сердца.

АНАТОМИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

● РАЗЛИЧАЮТ:

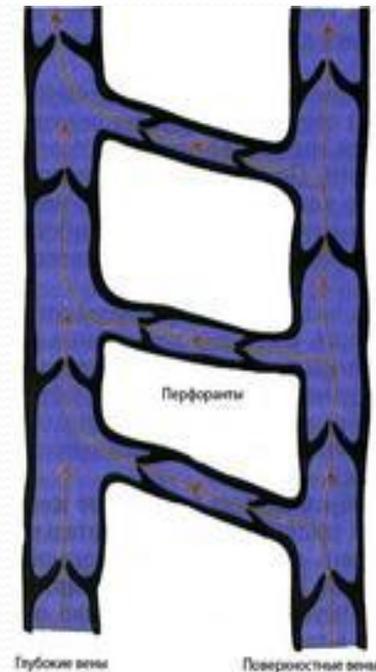
- Поверхностные или подкожные вены (v. saphena magna, v. saphena parva).
- Глубокие вены.
- Коммуникантные вены.

Анатомия



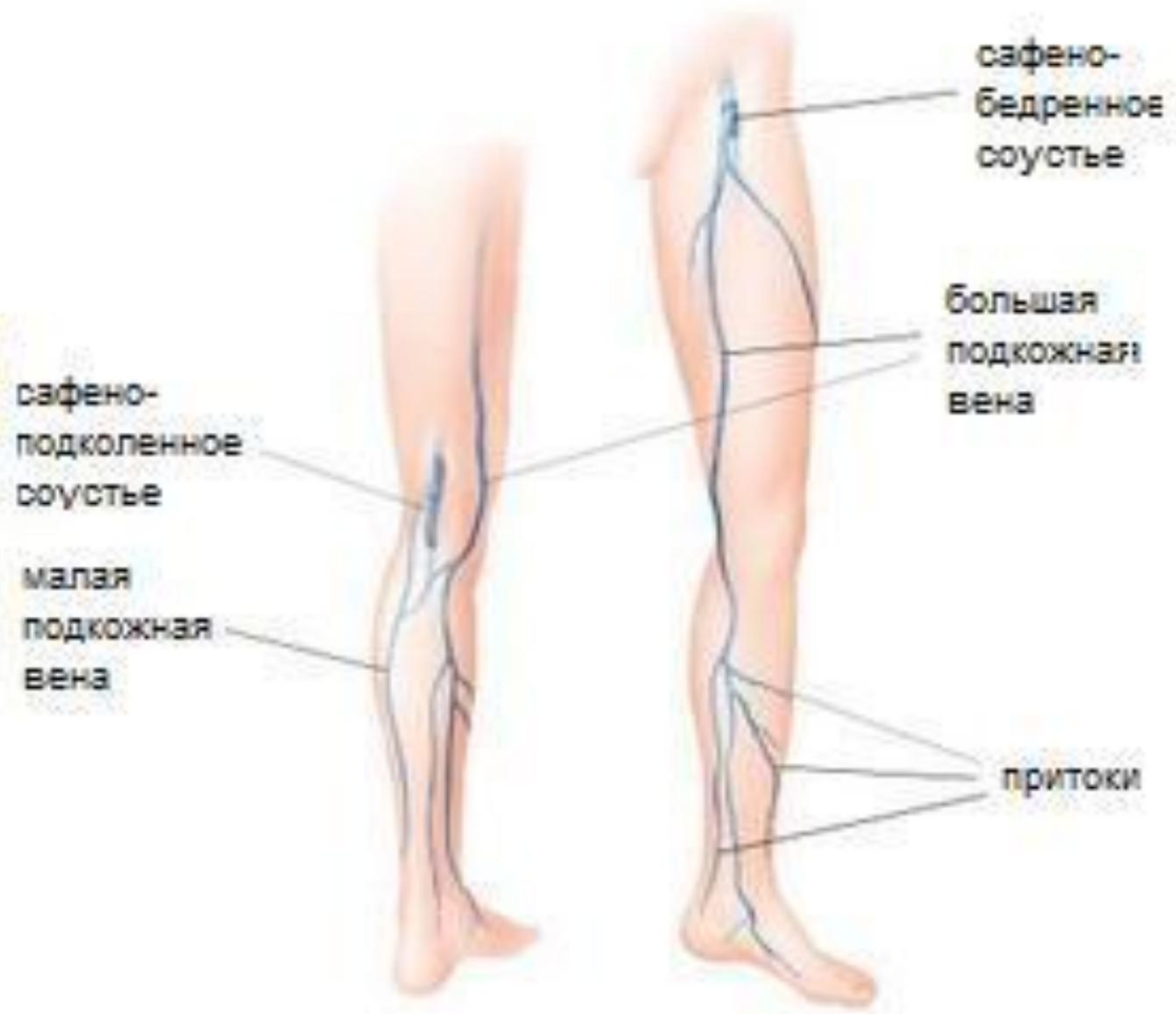
Особенности

- Основной отток крови (85-90%) осуществляется по глубокой венозной системе. Объем кровотока в поверхностных венах составляет не
- более 10-15%. Подкожные вены
- собирают кровь из эпифасциальных
- тканей, а затем по многочисленным
- перфорантам она поступает в глубокие магистрали



Анатомия венозного бассейна

- 1) Поверхностные вены расположены непосредственно под кожей и представлены:
 - · кожными венами подошвенной и тыльной поверхности стопы;
 - · большой подкожной веной;
 - · малой подкожной веной;
 - · многочисленными притоками большой и малой подкожных вен.

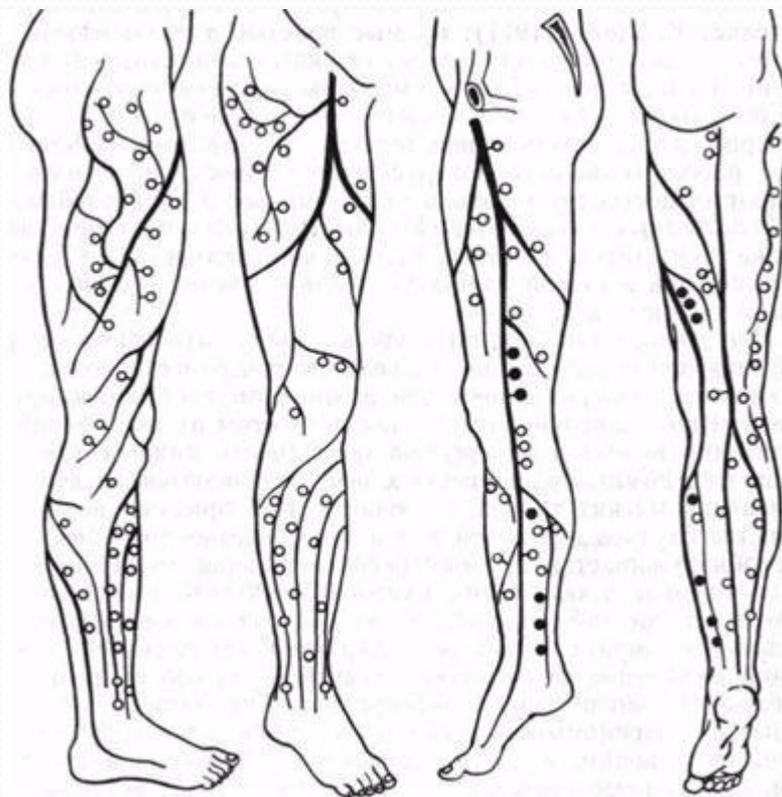


- 2) Глубокие вены расположены в толще мышечных массивов нижних конечностей, обеспечивают основной объем кровотока и представлены:
 - · венами тыла стопы и подошвы: тыльная и подошвенная глубокие венозные дуги;
 - · венами голени: передняя и задняя большеберцовая, малоберцовые вены;
 - · венами области колена: подколенная вена, икроножные и камбаловидные вены;
 - · венами бедра: глубокая, поверхностная и общая бедренные вены .

Перфорантные вены - вены

- 3) соединяющие систему поверхностных и глубоких вен и обеспечивающие односторонний ток крови из поверхностных вен в глубокие.
- Большинство из них содержат клапаны, ориентированные таким образом, что обеспечивают односторонний ток крови.
- Наряду с коммуникантами, содержащими клапаны, имеются так называемые нейтральные, или бесклапанные, перфоранты, расположенные преимущественно на стопе.

Локализация КОММУНИКАНТОВ



ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ фАКТОРЫ

- наследственную предрасположенность (наличие данной патологии у обоих родителей повышает риск наследования болезни до 60%);
- половую принадлежность - женщины болеют в 1.5-2 раза чаще (этому способствует беременность, гормональные нарушения);
- избыточная масса тела (увеличение веса на 20% приводит к пятикратному увеличению риска развития ВБНК);
- длительные статические нагрузки и малая двигательная активность

Классификация

- Этиология
 - Первичное

- Вторичное (врожденная патология, посттромбофлебитический синдром, артериовенозные ангиодисплазии)

- 
- По состоянию клапанов
 - Тотальная недостаточность
 - НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН
 - НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ ГЛУБОКИХ ВЕН
 - Коммуникантных вен
 - Сочетанная форма

Другие классификации

- III. ПО СТАДИЯМ: КОМПЕНСАЦИИ, СУБКОМПЕНСАЦИИ, ДЕКОМПЕНСАЦИИ**
- IV. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ: В СИСТЕМЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, ИХ СОЧЕТАНИЕ**
- V. ПО ОСЛОЖНЕНИЯМ: КРОВОТЕЧЕНИЕ, ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ТРОМБОФЛЕБИТ**

КЛИНИКА

● Жалобы:

1. Боль, утомляемость
2. Парастезии, судорги икроножных мышц
3. Отечность
4. Наличие расширенных вен

Все вместе – это **симптомокомплекс ХВН**

В стадию декомпенсации присоединяются

Постоянные отёки.

Пигментация и индурация кожи, целлюлит.

Трофические язвы, экземоподобные дерматиты.

Кожный зуд

Внешний вид



пользоваться международной классификацией CEAP: 5 классов

- Класс 0 – нет признаков ХВН при физикальном
- Класс 1 – телеангиоэктазии, ретикулярные вены
- Класс 2 – варикозно-расширенные вены
- Класс 3 – ВРВ + отеки
- Класс 4 – изменения кожи
- Класс 5 – зажившая венозная язва
- Класс 6 – открытая венозная язва

C – класс заболевания E-Этиология

A – локализация P - патофизиология

Диагностика

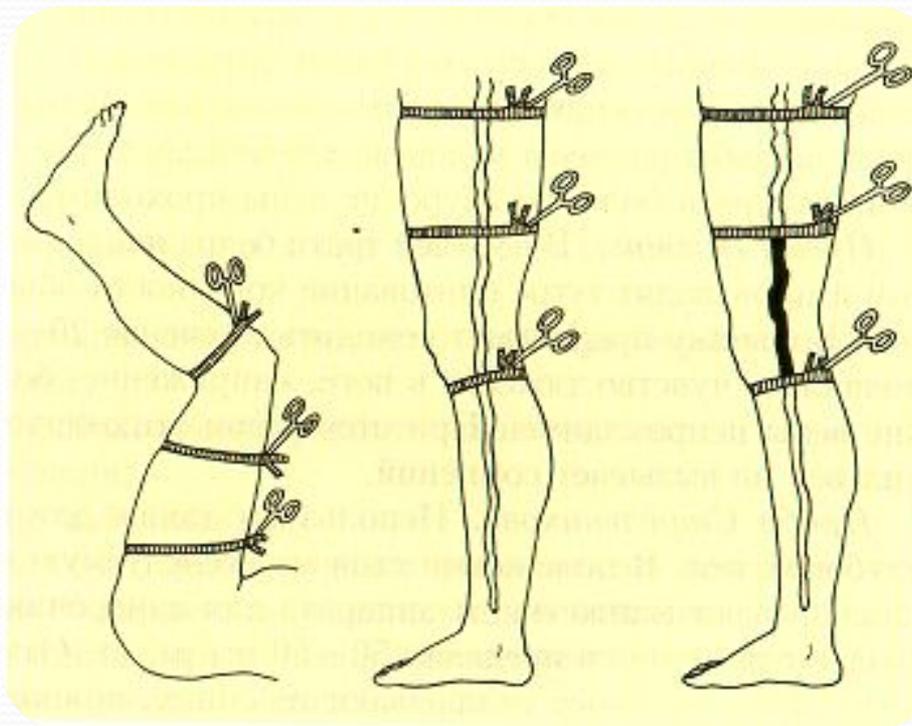
- Есть ряд функциональных проб – применяются нечасто :

1. **Проба Транделенбурга – ПРОВЕРКА КЛАПАННОГО АППАРАТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН**



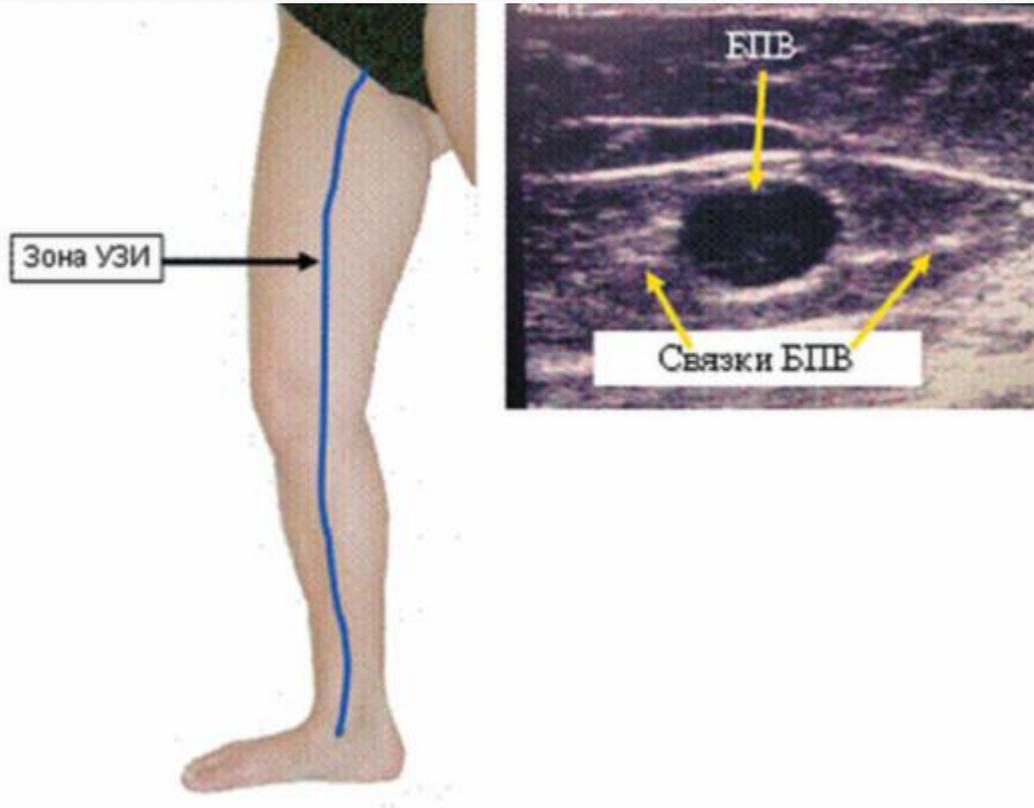
СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН

● Трёхжгутовая проба Шейниса

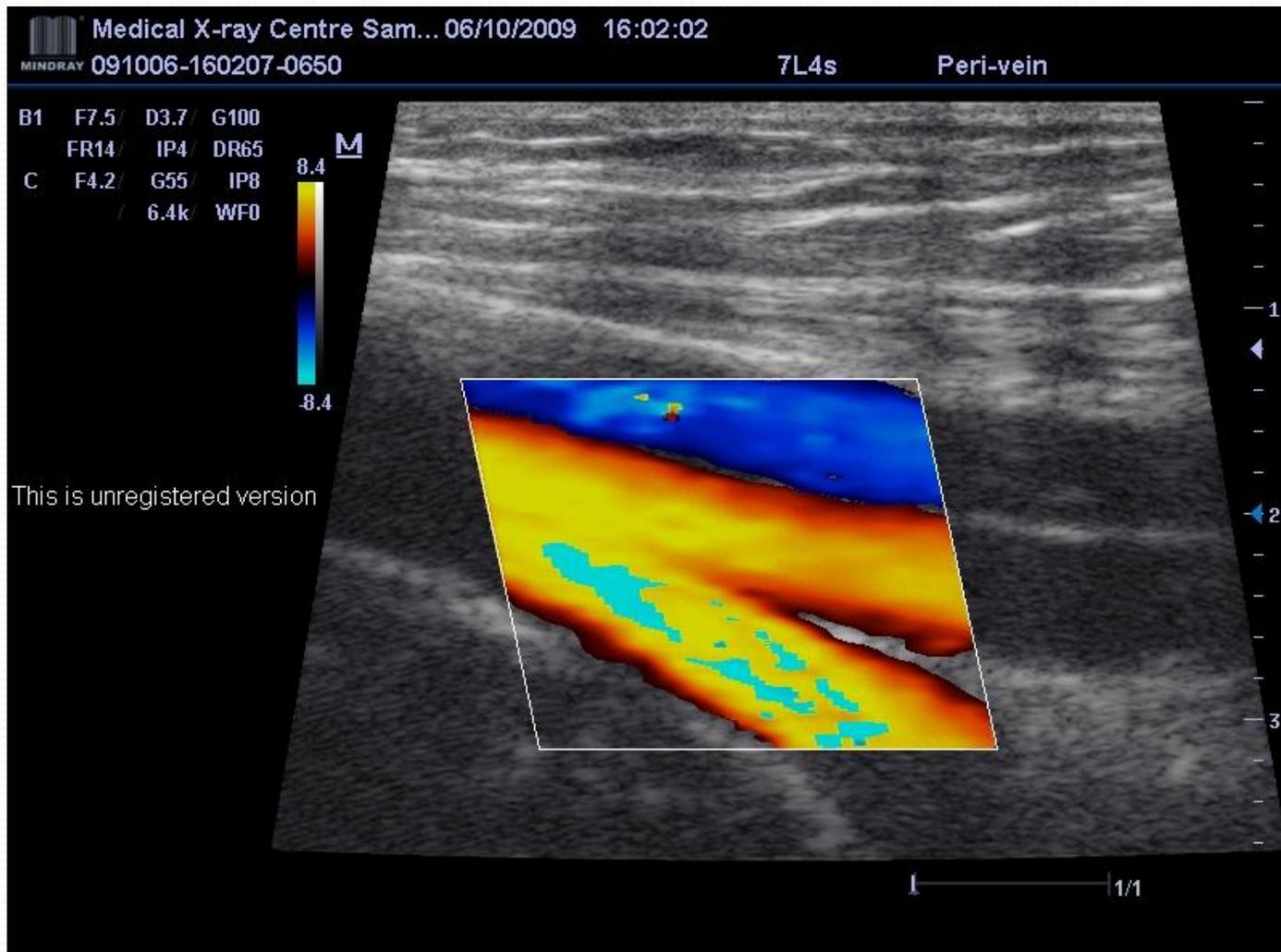


УЗИ

- Симптом «глаза» – для обнаружения БПВ



Золотой стандарт – ДС с цветным картированием ПОТОКОВ



Лечение

- 0 степень : Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса)
- 1 степень : Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса)
Эпизодические курсы монофармакотерапии
- 2 степень : Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2 класса)
Повторные курсы монофармакотерапии
Физиотерапия и санаторно-курортное лечение
- 3 и 4 степени : Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2-3 класса)
Непрерывная комбинированная фармакотерапия
Местное лечение
Физиотерапия

Еластическа компресія

протиарикозні компресійні вироби



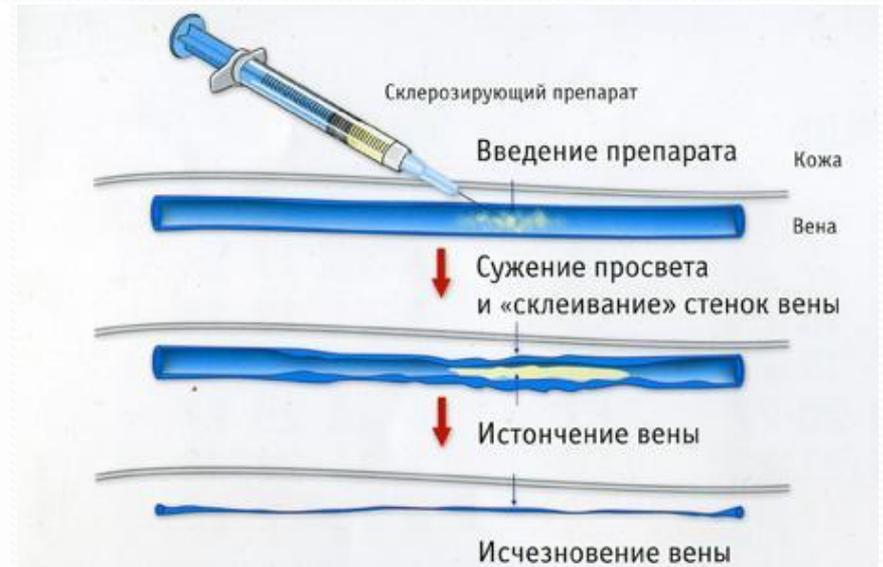
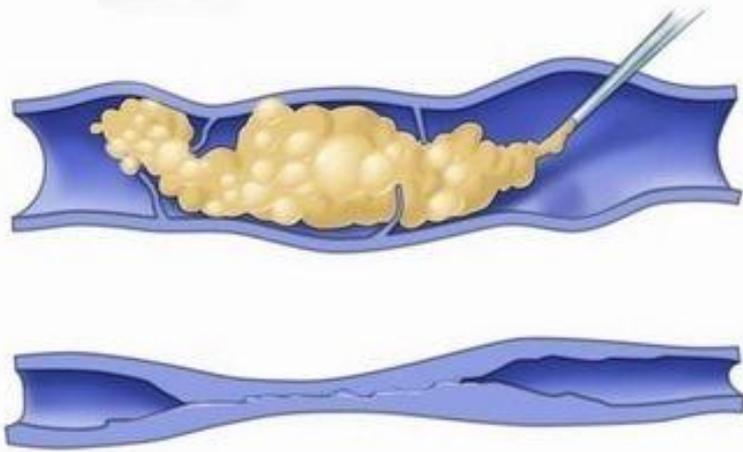
Фармакотерапия

- флеботоники и ангиопротекторы (детралекс, цикло-3-форт); дезагреганты (трентал, курантил)
- противовоспалительные препараты (диклофенак, реопирин)
- топические препараты местного применения (лиотон 1000 гель, куриозин)
- антикоагулянты (гепарин, фраксипарин)

Компрессионная склеротерапия

- не требует госпитализации больного
- обладает малой травматичностью и высокими косметическими результатами.
- В качестве самостоятельного метода флебосклерозирующее лечение можно применять только при отсутствии патологического рефлюкса венозной крови (то есть при удовлетворительной функции клапанного аппарата), в случаях телеангиэктазий, ретикулярного варикоза, локального варикозного расширения притоков подкожных вен. Во всех других случаях это лечение является вспомогательным.

Склеротерапия – введение склерозирующих средств



Лазерная терапия

- Основная ценность этого метода в полной амбулаторности и высокой эффективности, сравнимой с оперативным вмешательством.
- Суть метода заключается в воздействии лазерного излучения в просвете стенки вены. При этом вена тромбируется и спазмируется. Все действия производятся под контролем УЗИ.
- Через определенное время коагулированная вена прорастает соединительной тканью.
- Важно и то, что при использовании ЭВЛК достигается высокий косметический эффект.

Показания

- расширение большой подкожной вены в зоне устья не больше 1 см;
- Количество расширенных венозных притоков небольшое;
- И малая, и большая подкожные вены имеют ровный ход ствола для беспрепятственного прохождения по ним световода.



ДО



ПОСЛЕ

Хирургическое лечение

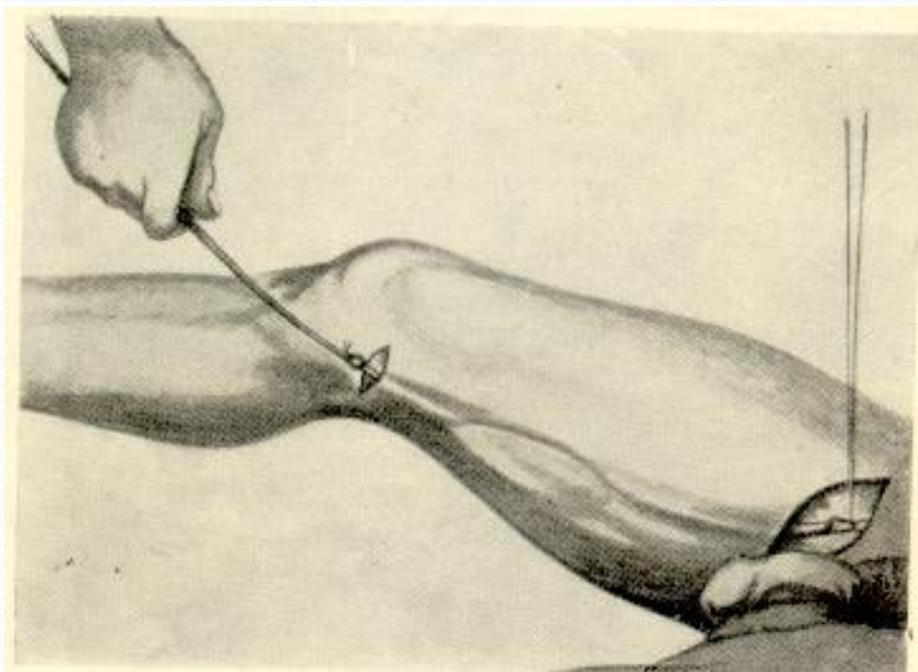
● ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

1. **Флебэктомия:** по Маделунгу, по Бибкоку, по Нарату.
2. **Операции, устраняющие сброс крови из глубоких вен:** Троянова-Тренделенбурга, перевязка малой подкожной вены, операция Коккета, Линтона.
3. **Операции по выключению из кровообращения и облитерации варикозно-расширенных вен:** прошивание вен по Клаппу, Топроверу, Соколову; эндоваскулярная электрокоагуляция.

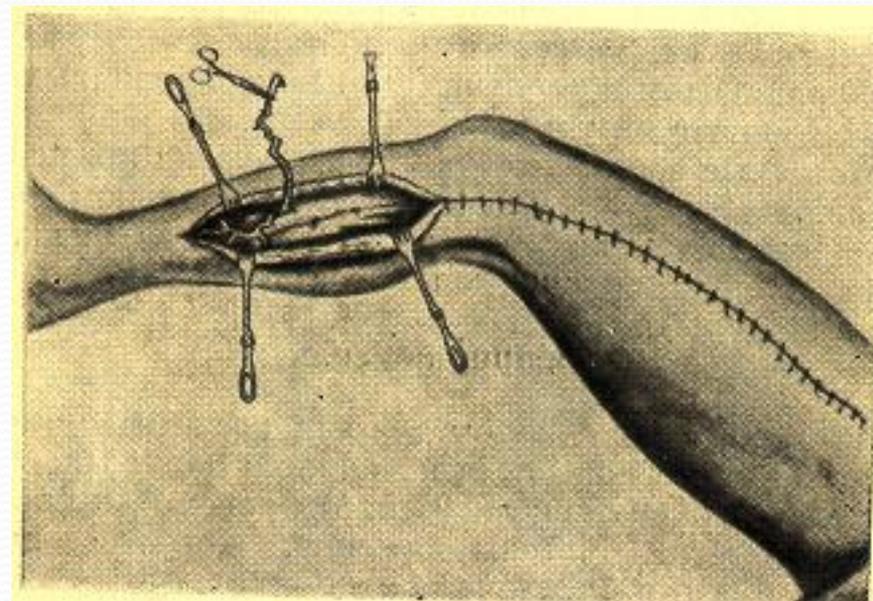
Флебэктомия по Бебкоку

- Флебэктомия по Бебкоку заключается в подкожном выдергивание вен с помощью жёсткого металлического зонда — экзерезе, как в ту пору называли эту процедуру. Для этого делались два небольших надреза, через которые проводилась перевязка вены— кроссэктомия, и, наконец, выдергивание пораженного участка крючком зонда

Удаление вены по Бабкоку



иссечение вены по Маделунгу



Иссечение вены по Маделунгу

- Вену вместе с варикозными узлами иссекают, кровоточащие ветви перевязывают. В рану в области бедра укладывают временный тампон, смоченный теплым физиологическим раствором, и переходят к операции на голени, где производят разрез кожи над измененной большой подкожной .
- Ствол вены выделяют из поверхностной фасции, боковые ветви перевязывают. Вместе с веной иссекают покрывающую ее рубцово измененную кожу и собственную фасцию голени, спаянную с варикозными узлами.