

Кафедра хирургии №3
Харьковский национальный медицинский университет

доц. Дехтярук И.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН ВЕРХНИХ

И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Первичное расширение поверхностных вен нижних конечностей представляет заболевание венозной стенки и клапанов, ведущей к хронической венозной недостаточности.

Частота. По данным литературы, 10-17% популяции людей страдают варикозной болезнью. Соотношение женщин и мужчин составляет 4:2. Левая конечность поражается несколько чаще правой, также чаще поражена большая подкожная вена по сравнению с малой подкожной веной.

Этиология и патогенез. Причины развития заболевания точно не известны. Предложенные теории - наследственно-генетическая, эндокринная, нейротрофическая, и др. - не объясняют причины варикозного расширения вен. Выделяют предрасполагающие и производящие факторы.

В норме ток крови по поверхностным и глубоким венам идет от периферии к центру, а по перфорантным венам - из поверхностных в глубокие. В патологических условиях при повреждении клапанного аппарата начинается ретроградное заполнение вен нижних конечностей сверху, а кровоток в коммуникантных венах идет из глубоких в поверхностные вены (извращенный кровоток), что создает условия для развития венозной гипертензии в венах нижних конечностей.

Теории образования ВРВ

- 1. Механическая теория (Гиппократ 460-377г. до н.эры, Ювенал 115г. до н. эры)**
- 2. Теория клапанной недостаточности (Тренделенбург 1890г).**
- 3. Нейроэндокринная теория (нарушение функции желез внутренней секреции).**
- 4. Наследственная теория.**

Классификация варикозного расширения вен нижних конечностей

(по А.А.Шалимову и И.И.Сухареву, 1984 г.)

1. По локализации:

- поверхностное первичное
- глубокое вторичное
- смешанная форма

2. По стадии процесса:

- компенсации
- субкомпенсации
- декомпенсации

3. По состоянию венозных клапанов:

- поверхностных с достаточностью
- глубоких с недостаточностью
- коммуникантных

Осложнения:

1. Дерматиты, рожистое воспаление.
2. Тромбофлебиты, флеботромбозы.
3. Трофические язвы.
4. Посттромбофлебитический синдром.
5. Малигнизация язвы.

Диагностические пробы

- 1.Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга (состояние клапанного аппарата БПВ).**
- 2.Проба Мейо-Прата (Пройодимость глубоких вен).**
- 3.Проба Дельбе-Пертеса (маршевая проба «проходимость глубоких вен»).**
- 4.Проба Пратта с 2-мя бинтами (состояние клапанов коммунікантних вен).**
- 5. Флебодграфія (внутрикостная дистальная).**
- 6.Флебоднометрія.**
- 7.УЗИ – вен (доплеродграфія).**

Консервативного метода лечения варикозной болезни поверхностных вен нижних конечностей как такового не существует. Лечебные мероприятия, включающие ношение эластических бинтов или чулок, лечебную физкультуру, лекарственные препараты и физиотерапевтические процедуры - это всего лишь паллиативные меры, которые временно улучшают состояние гемодинамики в конечности и в некоторой степени препятствуют дальнейшему развитию патологического процесса.

Хирургическое лечение.

- 1.Операция Троянова (1988)г.- Тренделенбурга (1990г.)**
- 2.Операция Бэбкока (1902г.)**
- 3.Операция Нарата (1906г.)**
- 4.Операция Маделунга (1884г.)**
- 5.Операция Соколова (1932г.)**
- 6.Операция Клаппа (1924г.)**
- 7.Операция Коккета (надапоневротическая 1956г.)**
- 8.Операция Линтона (подапоневротическая перевязка коммуникантных вен)**
- 9.Эндоваскулярная электрокоагуляция моно – и биактивными электродами (Firt 1955г.)**

Осложнение варикозного расширения вен чаще являются отражением стадии декомпенсации.

К ним относятся: тромбоз варикозных вен и тромбофлебит, варикозная язва, дерматит, пигментация кожи, лимфангит, кровотечение из варикозной язвы.

Классификация

I.Тромбоз системы верхней поллой вены:

- 1.Тромбоз верхней поллой вены.**
- 2.Тромбоз безымянных вен.**
- 3.Тромбоз подключичных вен
(синдром Педжета-Шреттера)**

II.Тромбоз системы воротной вены.

III.Тромбоз системы нижней поллой вены:

- 1.Тромбоз глубоких вен нижних конечностей.**
- 2.Тромбоз бедренной и подвздошной вен
(илиофemorальный тромбоз).**
- 3.Тромбоз нижней поллой вены:**
 - а.дистальный сегмент.**
 - б.почечный сегмент.**
 - в.печеночный сегмент.**

IV.Тромбоз поверхностных вен нижних и верхних конечностей (тромбофлебит поверхностных вен)

Основную роль в развитии тромбов в венах играют определенные предпосылки (триада Вирхова):

- 1. замедление тока крови;**
- 2. изменение венозной стенки;**
- 3. нарушения в системе свертывания крови.**

флеботромбозы - частичную или полную закупорку вены тромбом без выраженных (по крайней мере первоначально) воспалительных изменений в стенке вены

тромбофлебиты - частичную или полную закупорку вены тромбом, обусловленную и сочетающуюся с первично возникающим (предшествующим тромбозу) воспалительным процессом в сосудистой стенке

Причины и источники тромбофлебита весьма многообразны, но клиника их определяется не столько этиологией, сколько локализацией поражения, в связи с чем различают:

- 1. тромбофлебиты поверхностных (подкожных) вен;**
- 2. тромбофлебиты глубоких вен.**

По выраженности клинических проявлений заболевания различают **острые, подострые и хронические тромбофлебиты.**

Синдром Педжета-Шреттера - тромбоз подключичной вены. Занимает 2 место среди всех случаев венозной непроходимости. Морфологическая основа - патологические изменения в дистальном отделе подключичной вены, связанные с ее хронической травматизацией в области реберно-ключичного промежутка. Частота синдрома увеличилась в связи с расширением показаний к пункции и катетеризации подключичной вены. Выделяют острую, подострую и хроническую стадии заболевания.

Синдром верхней полой вены(ВПВ) - обусловлен нарушением нормального венозного кровотока по системе безымянных и верхней полой вены в связи с их тромбозом и компрессией. Возраст больных - 30-50 лет. Мужчины болеют в 4-5 раз чаще.

Одно из самых грозных осложнений при патологии венозной системы нижних конечностей - ПТБ.

Последствия перенесенного острого глубокого тромбофлебита, или флеботромбоза, являются одной из наиболее тяжелых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Развивающееся патологическое состояние в специальной литературе имеет много наименований: постфлебитическая болезнь, посттромбофлебитический синдром, посттромботический синдром, посттромботическая болезнь.

Классификация ПТБ

В практическом отношении наиболее популярна классификация Пратта (1964), в которой выделены следующие стадии:

- 1.отечно-болевая**
- 2. варикозная**
- 3. язвенная**