

Дальневосточный государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Доцент С.Н. Качалов

Электронная презентация лекции по хирургическим болезням
для студентов 5 курса лечебного факультета

«Хроническая венозная недостаточность
(ХВН) нижних конечностей – синдром,
характеризующийся нарушением кровотока в
этом венозном бассейне.»

В.С. Савельев (2001)

Заболеваемость



Гендерные различия



Каждая вторая женщина и каждый четвертый мужчина страдают заболеваниями вен.

Патофизиология

- В нормальных условиях отток крови из нижних конечностей обеспечивают три взаимосвязанные системы: поверхностные, глубокие и соединяющие их коммуникантные вены.
- Основной отток крови (85 – 90%) осуществляется по глубокой венозной системе. Объем кровотока в поверхностных венах составляет не более 10 – 15%.

Этиология

- Патология механизмов, обеспечивающих венозный отток в ортостазе
- Количественная недостаточность путей оттока, т.е. уменьшение пропускной способности венозного русла
- Недостаточность сердечной деятельности

Этиология

- Патология механизмов, обеспечивающих венозный отток в ортостазе – **ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ**
 - Горизонтальный вено-венозный рефлюкс
 - Вертикальный поверхностный рефлюкс
 - Вертикальный глубокий рефлюкс

Этиология

- Количественная недостаточность путей оттока, т.е. уменьшение пропускной способности венозного русла – **ПОСТТРОМБОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**
 - Горизонтальный вено-венозный рефлюкс
 - Вертикальный глубокий рефлюкс
 - Вертикальный поверхностный рефлюкс

Факторы риска

- Пол (женщины)
- Образ жизни и характер работы
- Масса тела
- Беременности (количество и частота)
- Диета
- Расовая принадлежность
- Прием препаратов, увеличивающих риск

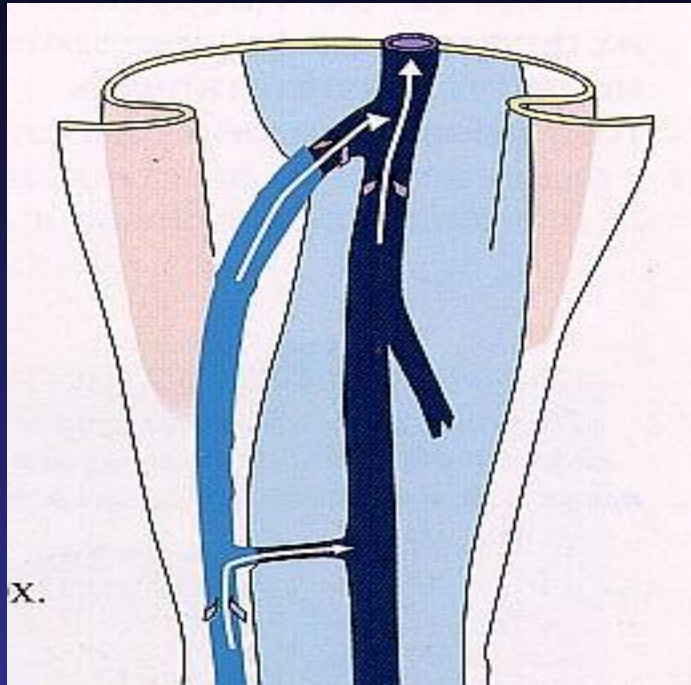
Патофизиология

- Возникает вторично в результате врожденных или приобретенных изменений стенок и клапанов вен
- Наиболее часто первичный дефект прочности венозной стенки приводит к несостоятельности и расширению поверхностных и перфорантных вен
- Поверхностная ВН обычно развивается в системе VSM в результате врожденного отсутствия клапанов в общей бедренной или подвздошной венах
- Глубокая венозная недостаточность наиболее часто является следствием ТГВ

Патофизиология

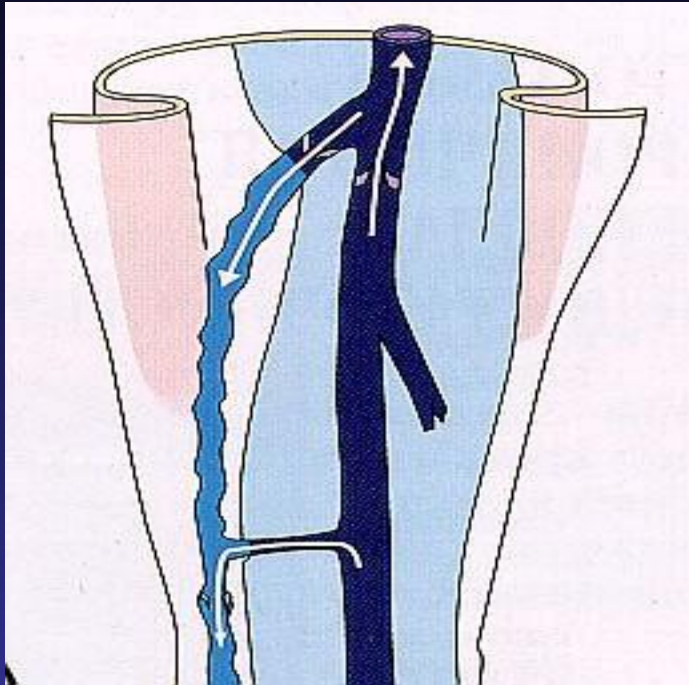
- Реканализация после ТГВ приводит к разрушению клапанного аппарата и венозной гипертензии
- Венозная гипертензия вызывает повышение проницаемости капилляров, что приводит к пропитыванию подкожной клетчатки плазмой и эритроцитами
- В результате организации плазмы и разрушения эритроцитов происходит фиброз и гиперпигментация тканей
- Нарушение диффузии кислорода приводит к некрозу тканей и формированию трофических язв

Состоятельные клапана



- Состоятельные клапана поверхностных и перфорантных вен в норме

Несостоятельные клапана



- Несостоятельные клапана поверхностных и перфорантных вен при ХВН

Классификация по В.С. Савельеву

- | | |
|--------------------|---|
| 0 степень | Синдром «тяжелых» ног, телеангиоэктазии, ретикулярный варикоз |
| I степень | Преходящий отек, варикозная трансформация подкожных вен |
| II степень | Стойкий отек, гиперпигментация, липодермосклероз, экзема |
| III степень | Индуративный целлюлит, трофическая язва, вторичная лимфедема |

Классификация СЕАР (1994)

Clinical

клинические признаки

Etiological

этиологические факторы

Anatomical

анатомические факторы

Pathophysiology

патофизиологические
факторы

CEAP: клиника (C)

- C0** отсутствие симптомов болезни
- C1** телеангиоэктазии и ретикулярный варикоз
- C2** варикозно-расширенные вены
- C3** отек
- C4** пигментация, экзема, липодермосклероз
- C5** кожные изменения + зажившая язва
- C6** кожные изменения + активная язва

СЕАР: ЭТИОЛОГИЯ (Е)

ЕС врожденное заболевание

ЕР первичное заболевание
с неизвестной причиной

ЕС вторичное заболевание
с известной причиной
(посттромботическое и т.д.)

СЕАР: анатомия (А)

AS поверхностные вены (сегменты 1 – 5)

AD глубокие вены (сегменты 6 – 16)

AP перфорантные вены (сегменты 17 – 18)

СЕАР: патофизиология (Р)

PR наличие рефлюкса

PO наличие обструкции

PRO наличие рефлюкса и обструкции

СЕАР: подсчет баллов

Боль	0 – отсутствие; 1 – умеренная; 2 – сильная.
Отек	0 – отсутствие; 1 – умеренный; 2 – выраженный.
Хромота	0 – отсутствие; 1 – умеренная; 2 – сильная.

СЕАР: подсчет баллов

Пигментация

0 – отсутствие

1 – локализованная

2 – распространенная

Липодермосклероз

0 – отсутствие

1 – локализованный

2 – распространенный

СЕАР: подсчет баллов

Язва

Размер: 0 – отсутствие

1 – < 2 см 2 – > 2 см

Язва

Длительность: 0 – отсутствие

1 – < 3 мес 2 – > 2 мес

Язва

Рецидивы: 0 – отсутствие

1 – однократно 2 – многократно

Язва

Количество: 0 – отсутствие

1 – единичная 2 – множественные

СЕАР: снижение трудоспособности

- 0 Бессимптомное течение
- 1 Наличие симптомов заболевания, больной трудоспособен и обходится без поддерживающих средств
- 2 Больной может работать в течение 8 часов только при использовании поддерживающих средств
- 3 Больной нетрудоспособен

Субъективные жалобы

- Субъективные жалобы появляются обычно во второй половине дня и проходят после отдыха в горизонтальном положении:
 - Боли
 - Тяжесть
 - Утомляемость
 - Судороги (ночные)

Клинические проявления



- Corona phlegmatica (0 стадия)

Клинические проявления



- Телеангиоэктази
и
(0 стадия)

Клинические проявления



- Отек стопы (I стадия)

Клинические проявления



- Варикозное расширение вен (I стадия)

Клинические проявления



- Стойкий отек и гиперпигментация (II стадия)

Клинические проявления



- Липодерматосклероз (II стадия)

Клинические проявления



- Склероз кожи
- гиподерматит
(III стадия)

Клинические проявления



- Белая атрофия кожи (III стадия)

Клинические проявления



- Трофическая язва (III стадия)

Задачи диагностики

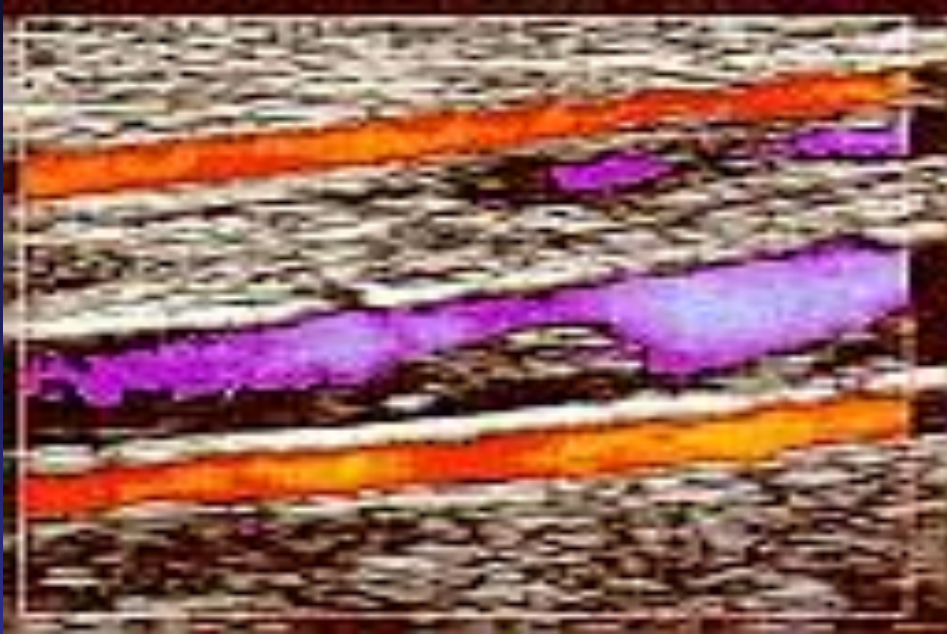
- Уточнить причину ХВН (варикоз - тромбоз)
- Оценить состояние глубоких вен
- Обнаружить рефлюкс через сафено-бедренное и сафено-подколенное соустья
- Определить состояние клапанного аппарата стволов БПВ и МПВ
- Выявить наличие и локализовать недостаточные перфорантные вены

Методы диагностики



- Серошкальное В-сканирование при ТГВ (виден пристеночный необтурирующий тромб в глубокой вене голени)

Методы диагностики



- ЦДК той же области (отмечается отчетливый дефект окрашивания просвета глубокой вены в зоне тромба)

«Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности излечения»

С.И. Спасокукоцкий

ХВН: общие принципы лечения

- Лечение должно быть курсовым - не реже 2 раз в год.
- Минимальная длительность курса не менее 2 - 2,5 месяцев.
- Необходима комбинация препаратов.
- Необходимо сочетание методов: детралекс, гинкор-форт, венорутон или троксевазин и системная энзимотерапия.

ХВН: общие принципы лечения

0 степень Рациональная организация труда и отдыха. Профилактический компрессионный трикотаж. Эпизодические курсы медикаментозной флеботропной терапии. Пункционная облитерация вен по косметическим показаниям.

ХВН: общие принципы лечения

I степень Лечебный компрессионный трикотаж I класса. Предоперационная медикаментозная терапия. Операция (склерохирургия, минифлебэктомия). Кратковременная (1,5 – 2 месяца) послеоперационная компрессия.

ХВН: общие принципы лечения

II степень Лечебный компрессионный трикотаж II класса. Предоперационная подготовка (фармакотерапия, физио- и компрессионное лечение). Операция (эндохирургия, программированная склерооблитерация). Длительная послеоперационная реабилитация (лекарственная и компрессионная терапия).

ХВН: общие принципы лечения

III степень Лечебный трикотаж III - IV классов. Комплексное (включая местное) лечение. Операция (эндохирургия, этапные вмешательства). Постоянное (пожизненное) компрессионное и медикаментозное лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.

ХВН: компрессионная терапия

- I класс** (18,4 – 21,2) Синдром тяжелых ног.
- II класс** (25,1 – 32,1) Варикозная болезнь, профилактика ТГВ в группах риска.
- III класс** (36,4 – 46,5) Варикозная болезнь с трофическими расстройствами.
- IV класс** (более 59) Лимедема, врожденные аномалии венозной системы.

ХВН: цели фармакотерапии

- Купирование симптомов заболевания.
- Предотвращение осложнений.
- Профилактика в группе риска.
- Предоперационная подготовка.
- Послеоперационная реабилитация.
- Повышение качества жизни.

ХВН: задачи фармакотерапии

- Повышение тонуса вен.
- Улучшение лимфооттока.
- Воздействие на микроциркуляцию.
- Коррекция гемореологии.
- Купирование воспаления.

ХВН: системные средства

- Детралекс
- Гинкор Форт
- Флебодиа
- Антистакс
- Венорутон
- Троксевазин
- Гливенол
- Анавенол
- Мадекасол
- Пайлекс
- Эскузан
- Вазобрал
- Доксиум
- Актовегин
- Солкосерил
- Алкалоиды спорыньи

ХВН: топические средства

- **Куриозин**
- Гепариновые мази
- Гепариновые гели
- Гинкор-гель
- Цикло 3 крем
- Троксевазин мазь
- Индовазин
- Левасин, левомеколь
- Ируксол
- Фастум-гель
- Интросайт-гель
- Актовегин гель
- Кортикостероиды
- Раневые покрытия (альгипор, альгимаф, гешиспон, алевин и др.)

Литература

Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю.

Хроническая венозная недостаточность. –

М.: «Берег», 1999

Флебология Под ред. В.С. Савельева – М.: Медицина,
2001

Флебология от А до Я. – Информационный

бюллетень 001 DET BR 754 компании «Servier», 2000

**Тема лекции : Хирургическое лечение ПГ
и
её осложнений ()**

Дисциплина : Хирургические болезни

Курс : 5 курс

Факультет : Лечебный

Кафедра : Госпитальной хирургии

Подготовил : доцент С.Н. Качалов

Редакция : Январь 2011 года