

**ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

**НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.
НАРУШЕНИЕ ЛИМФООБРАЩЕНИЯ.**



**НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЕНОЗНОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ СТРАДАЕТ ОКОЛО 25%
ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ**

**У 57% БОЛЬНЫХ ВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ОТСУТСТВУЕТ РЕФЛЮКС ПО
МАГИСТРАЛЬНЫМ ВЕНАМ, Т.Е.
ТАКИХ БОЛЬНЫХ МОЖНО ЛЕЧИТЬ
КОНСЕРВАТИВНО.**

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

- ◎ В Англии на лечение 1 больного расходуется 2000-4000 фунтов стерлингов в год.
- ◎ В России по самым скромным подсчётам - около 113 тысяч рублей (по данным 1999г.)

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХВН) НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- ◎ **ЭТО СИНДРОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ
НАРУШЕНИЯМИ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА,
КОТОРЫЙ ПРИВОДИТ К
ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАРНОЙ
СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ**

ПРИНЦИПИАЛЬНО ВОЗМОЖНЫ ДВА ВАРИАНТА НАРУШЕНИЙ:

- 1) относительная слабость стенки венозных сосудов и, как следствие, депонирование в них значительных объемов крови
(гиперволемический вариант)
- 2) затруднение оттока крови по магистральным венам вследствие их закупорки
(обструктивный вариант)

- Смешанным вариантом может считаться врожденная флебодисплазия, при которой возможны оба варианта нарушения (и обструктивный, и гиперводемический) оттока крови из конечностей к сердцу.

ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХВН:

- Беременность и роды.
- Наследственность.
- Избыточная масса тела.
- Хронические запоры.
- Гормональная контрацепция.
- Систематические занятия спортом.

ЭТИОЛОГИЯ ХВН:

Главенствующая роль принадлежит венам, площадь поверхности которых в нижних конечностях больше, чем во всех остальных венозных сосудах вместе взятых.

Эндотелиальные клетки благодаря их расположению на границе между кровью и другими тканями **ответственны** за поддержание сосудистого гомеостаза.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ХВН:

- Ведущее место - «клапанная» теория (появление патологического ретроградного потока крови).
- Наличие первичного варикозного расширения вен.
- Перенесенный острый тромбоз глубоких вен.
- Врождённые формы (редко).
- Мигрирующие тромбофлебиты поверхностных вен.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВЕНОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- ⦿ увеличение регионального объема крови и снижение линейной скорости венозного тока крови;
- ⦿ вертикальные и горизонтальные рефлюксы крови;
- ⦿ увеличение вязкости крови.

**Замедление линейной скорости
венозного кровотока по расширенным
варикозно измененным венам
способствует образованию тромбов,
как в глубоких, так и поверхностных
магистральных венозных сосудах.**

**Венозные тромбы способны
вызывать смертельные
тромбоэмболии легочных
артерий!**

СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

0 степень - отсутствует;

1 степень - синдром «тяжелых ног»;

2 степень - преходящий отек;

3 степень - стойкий отек, гипер- и гипопигментация,
липодерматосклероз, экзема;

4 степень - венозная трофическая
язва.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- кровотечение;
- флебит и тромбофлебит;
- трофическая язва
(с указанием локализации и
стадии раневого процесса).

ФОРМЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ:

1. Внутрикожный или сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса.
2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам.
3. Распространённый варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.
4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПО СТАДИЯМ

- ◎ I стадия - компенсации
- ◎ II стадия - субкомпенсации
- ◎ III стадия - декомпенсации (с трофическими язвами или без язв)

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ 20%-50%.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО WIDNER:

- Варикозное расширение малой подкожной и большой подкожной вен.
- Ретикулярные вены.
- Телеангиоэктазии.

ПРИЧИНЫ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- Гормональная теория.

Происходит увеличение прогестерона, который снижает венозный тонус.

- Увеличение объёма матки.

ЖАЛОБЫ И СИМПТОМЫ:

- чувство тяжести и распирающие боли в конце дня;
- повышенная усталость ног;
- судороги по ночам;
- внешне на нижних конечностях - варикозные узлы и расширенные вены.



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ - ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН.

С её помощью оцениваются возможные гемодинамические эффекты болезни:

- обратные потоки крови - рефлюксы-, возникающие при клапанной недостаточности магистральных глубоких и поверхностных вен;
- отсутствие нормальных восходящих потоков при окклюзиях венозных сосудов.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ - ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПО ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ.

- удастся визуализировать просвет пораженных венозных сосудов;
- увидеть венозные клапаны и оценить их дееспособность;
- оценить потоки крови по венозным клапанам.

ЛЕЧЕНИЕ ХВН:

Консервативное:

- Компрессионная терапия;
- Флеботоники (Детралекс, Венитан);
- Коррекция микроциркуляции (трентал);
- Местное лечение язв (компрессионная терапия, возвышенное положение, создание функционального покоя).
- Склеротерапия

Хирургическое:

- Вмешательства на поверхностных венах (в т.ч. эндоскопическое);
- Вмешательства на перфорантных венах;
- Вмешательства на глубоких венах

ТРОМБОФЛЕБИТЫ:

- ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН;
- ГЛУБОКИХ ВЕН

◎ Факторы риска:

1. Возраст;
2. Операция;
3. Травма;
4. Ожирение;
5. Длительный постельный режим и др.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ-

ЭТО патология, возникающая
вследствие нарушения
транспорта лимфы из
конечности.

ФОРМЫ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- **Обструктивная**
- **Постлимфангитическая**
- **Гипопластическая**
- **Лимфовенозная**

СТАДИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- ◎ I стадия - ортостатическая;
- ◎ II стадия - стабильная;
- ◎ III стадия - деформирующая;
- ◎ IV стадия - фиброзирующая (собственно слоновость)



КЛИНИКА ЛИМФОСТАЗА:

- Плохо купирующийся консервативными методами отёк подкожной клетчатки;
- Цвет кожных покровов не меняется или становится бледным;
- При сочетанном поражении лимфатической и венозной системы возникает синюшность кожных покровов.

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА:

- Компрессионная терапия (постоянное ношения компрессионного трикотажа повышенной степени компрессии (3 или 4 степени));
- Препараты, действующие на нарушенный лимфоток (Детралекс- курсы от 3 до 6 мес.);
- Гепаринсодержащие мази - Лиотон;
- Хирургическое вмешательство (в случае гигантских отеков) - дерматолипофасциопластика.