

Варикозная болезнь. Восходящий поверхностный тромбофлебит.

Лекция для студентов 5 курса

ПРОФЕССОР Ермолаев Василий Леонидович

Часть 1. Варикозная болезнь

- «... **Варикозная болезнь** это специфическое расширение подкожных вен, которое появилось и развивается у людей, никогда не болевших тромбозом глубоких вен». Животные этой болезнью не страдают.

Проф.Г.Н.Константинова

В отечественной литературе впервые это понятие в 1966 году ввел проф. П.П.Алексеев (г.Смоленск)

После выхода в свет монографии В.С.Савельева,Э.П.Думпе, Е.Г.Яблокова «Болезни магистральных вен» в 1972 г. термин «**Варикозная болезнь**» узаконился в отечественной литературе

Комментарий

В зарубежной литературе термин « Первичное варикозное расширение вен» существует и по сей день и подразумевает **первичное расширение вен**, т.е. варикозную болезнь. Под понятием **вторичное варикозное расширение вен** – зарубежные флебологи подразумевают посттромботическую болезнь.

- **Этиология варикозной болезни** досконально не известна. Существует множество теорий, но нет ни одной полноценной. Проф. Г.Н.Константинова отмечает, что мы **«...как и сто лет тому назад , лечим не саму болезнь, а её проявления...»**

Факторы риска науке хорошо известны:

1. Женский пол
2. Возраст
3. Наследственность по материнской линии
4. Многочисленные беременности и роды
5. Ожирение, дряблый тонус мышц
6. Тяжелая работа и форсированный спорт
7. Гиподинамия
8. Контрацептивы оральные

Симптоматика варикозной болезни

- Варикозная трансформация и деформация поверхностных вен в бассейне Б.П.В. или М.П.В, или одновременно в обеих подкожных венах
- Дискомфорт. Чувство тяжести
- Отеки
- Трофические нарушения (бурая пигментация, индурация, возникновение трофических язв)
- Несмотря на кажущуюся простоту диагностика варикозной болезни бывает весьма непростой

**Как можно довести себя до такого
состояния?**



Некоторые характеристики болезни

- Женщины приблизительно в четыре раза чаще страдают, нежели мужчины
- Эстетическое восприятие болезни у мужчин снижено, за исключением артистов, спортсменов и т.п.
- Женщины чаще обращаются в начальных стадиях
- Мужчины – в декомпенсированных (поздних) стадиях
- Женщины настаивают на эстетически выгодных методах лечения
- Мужчинам выбор метода лечения безразличен

Некоторые детали патогенеза ВБ



Да, мужчины чаще обращаются за помощью в декомпенсированных стадиях заболевания



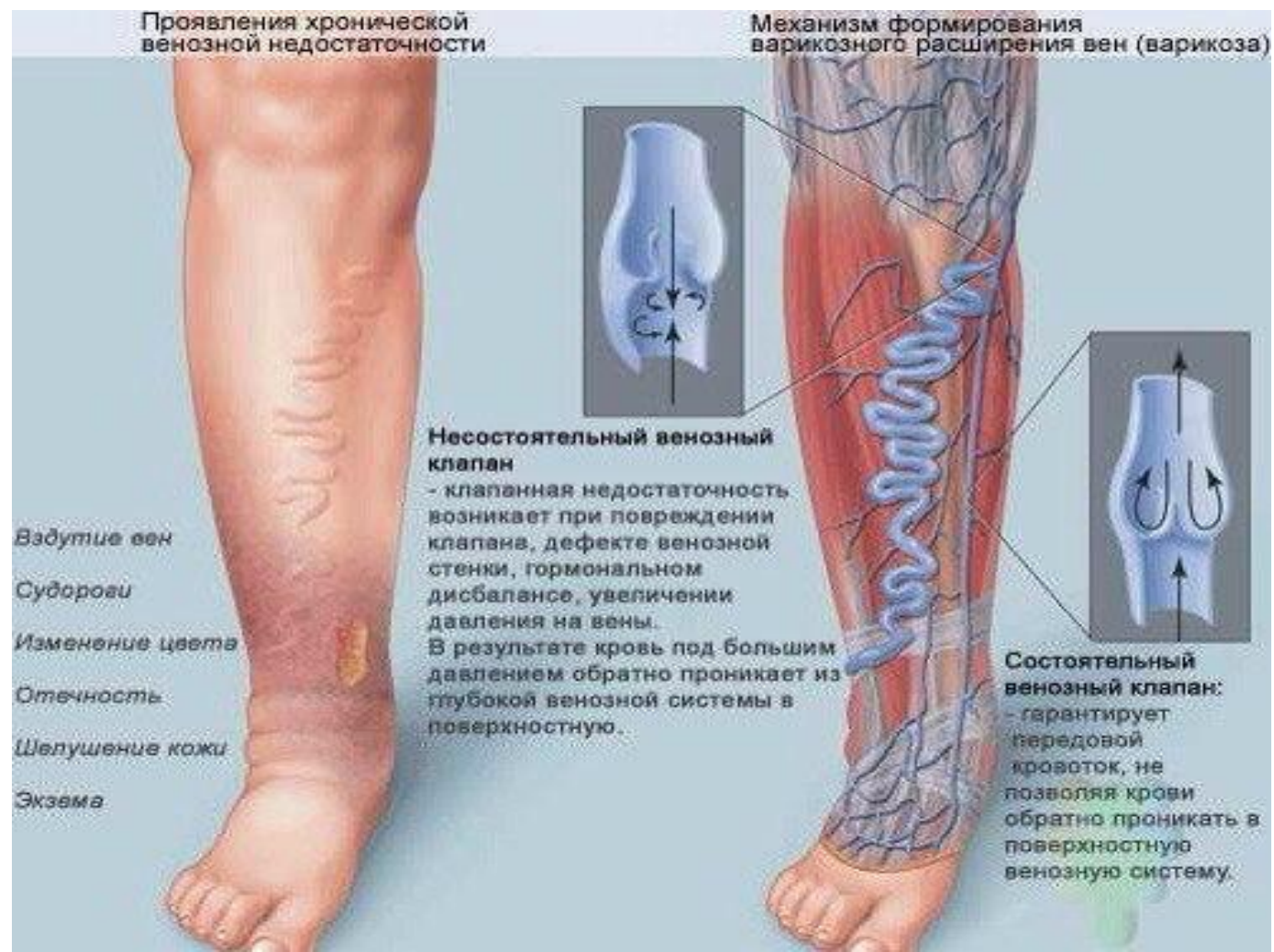
Важность анамнестических данных

- Наследственные факторы
- Беременности и роды
- Травмы и операции
- **Склеротерапия, лазеротерапия**
- **Абляция**
- Тромбофлебиты в прошлом
- Характер трудовой деятельности
- Заболевания почек, печени и пр.

Ранние проявления болезни

- Телеангиоэктазии
- Внутритрожные (ретикулярные) вены
- Указанные симптомы выявляются на небольших сегментах конечности и редко являются поводом для беспокойств
- Тянущие боли в икрах
- Немотивированная усталость и тяжесть в ногах
- Состояние дискомфорта

Классическая картина заболевания



Типичная картина заболевания

- Умеренное или значительное увеличение вен в бассейнах Б.П.В., М.П.В. или в обеих венах
- Вены мягкие, легко спадаются при пальпации
- При опорожнении вариксов (узлов) – определяются ямки
- В приустьевом сегменте (в паху) могут пальпироваться аневризмоподобные образования, что делает необходимым дифференцировать В.Б. с аневризмой бедренной артерии, паховым лимфаденитом, паховой или бедренной грыжей, кистой семенного канатика, кистой круглой маточной связки, лимфогрануломатозом, туберкулезом узлов, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и мн.др. заболеваниями

Клиническая классификация (СЕАР)

- С 0 – видимые и пальпируемые признаки болезни отсутствуют
- С1 – наличие телеангиоэктазий или ретикулярных вен
- С2 - варикозная трансформация подкожных вен
 - С3- отечный синдром, ночные судороги
- С4 – трофические нарушения (бурая гиперпигментация, венозная экзема, дерматиты, липодерматосклероз)
- С5 - трофическая язва, поддающаяся заживлению
- С6 – трофическая незаживающая язва

**Практическим врачам непонятна нулевая стадия СЕАР, при которой
«...видимые и пальпаторные признаки болезни отсутствуют...»**

- Для устранения этой непонятности появился новый термин флебологии – **ФЛЕБОПАТИЯ**.
- **Флебопатия** - это и есть 0 стадия по СЕАР, при которой выявляются только субъективные **функциональные расстройства** в нижних конечностях без каких-либо анатомических признаков.
- Поскольку больные у себя что-то чувствуют, но ничего не видят, а врачи и не чувствуют и не видят – создается конфликт по известному принципу «...покупатель или больной- всегда прав , а продавец или врач – всегда неправ...»

Синонимы флебопатии

- Синдром «тяжелых ног»
- Варикозная болезнь, без варикозного расширения вен, т.е. 0 стадия по CEAP
- Функциональная флебопатия
- **Функциональная венозная недостаточность.** Этот термин, по мнению В.С.Савельева, наиболее точно отражает суть флебопатии
- Флебопатию можно выявить у 15% населения, особенно женского
- Флебопатия, несомненно, влияет на качество жизни больных

Наиболее типичные симптомы флебопатии

- Тупые боли в икроножных мышцах
- Немотивированная повышенная усталость ног
- Снижение толерантности к статическим нагрузкам
- Ощущение зуда или жжения в стопах и голенях
- Дискомфорт в жаркое время года
- Синдром «тяжелых ног»

Характерной особенностью флебопатии – повышенная результативность от флеботропных препаратов, чем и пользуются врачи коммерческих клиник.

Лечение флебопатии

- Флеботропные препараты (детралекс, антистакс, флебодиа, флебофа и др. Но не венодиол - это пищевая добавка из Великобритании)
- Ограничение физических нагрузок
- Оздоровительные упражнения ЛФК
- Придание возвышенного положения ног (почаще)
- Плавание в бассейне 2-3 раза в неделю
- Контрастный душ, особенно в жаркое время года
- Поглаживающий массаж ног 2-3 раза в сутки
- Ношение компрессионного трикотажа 1-2 степени компрессии
- Отказ от пероральных контрацептивов, курения, алкоголя
- Использование тонизирующих кремов

Диагностика варикозной болезни



Диагностика



Диагностика



Диагностика



Диагностика

СТАДИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ



Телеангиэктазии
«сосудистые
звездочки»



Ретикулярный
варикоз



Варикозное
расширение
магистральных вен



Хроническая
венозная
недостаточность



Трофическая
язва

Некоторые частные детали диагностики

- Симптом Фегана – пальпаторно определяется дефект фасции в зоне наибольшего скопления варикозных вен, что указывает на наличие недееспособных коммуникантных вен Коккетта (горизонтальный рефлюкс)
- Симптом Стеммера – невозможность взять кожу пальцев стопы в складку, что характерно для присоединившейся лимфатической недостаточности
- Симптом «бутылочного горлышка» - голень принимает форму опрокинутого горлышком вниз бутылку.

Функциональные пробы

- Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга (опорожняют поглаживанием вены от крови в поднятой конечности, затем накладывая венозный жгут и переводят больного в вертикальное положение. Заполнение вен кровью до снятия жгута свидетельствует о недостаточности коммуникантных вен. Быстрое заполнение вен кровью после снятия жгута – свидетельствует о недостаточности остиального клапана)
- Проба Дельбе-Пертеса (маршевая проба с венозным жгутом).
- Проба Мейо-Пратта – на опорожненную в положение лежа от крови конечность, накладывают жгут и эластический бинт, затем просят походить 25-30 минут

Особое мнение о функциональных пробах

- Проф. Е.Г.Яблоков (клиника В.С.Савельева) весьма скептически отзывается о «...так называемых функциональных пробах» и предлагает пользоваться только тремя пробами:
 1. Проба Гаккенбруха (кашлевая проба) -при пальпации СФС выявляется ощущение ретроградной волны крови (несостоятельность клапанов)
 2. Пальпация дефектов в фасции на голени (проба Фегана)
 3. Проба Шварца- перкуторное исследование вены.

Специальные методы обследования

- Функциональные пробы
- Реография
- Флебодиагностика
- Дуплексное УЗИ-сканирование
- Исследование системы гемостаза
- Оклюзионная флебография
- Эндоскопия вен,
- КТ

Дифференциальная диагностика

Врожденная патология вен

1. Болезнь Клиппель-Треноне
2. Болезнь Паркс Вебера- Рубашова
3. Врожденные флебэктазии вен нижних конечностей

Приобретенная патология вен

1. Посттромботическая болезнь
2. Синдром «лигатуры» магистральной вены
3. Компрессия опухолями или их метастазами

Лечебная тактика ВБ

- Лечение сугубо консервативное
- Лечение полухирургическими методами
- Оперативное лечение
- Комбинированное лечение

Консервативное лечение

- Ликвидация или уменьшение физических нагрузок
- Устранение факторов риска
- Лечебная компрессия (эластические бинты, гольфы, чулки, колготы)
- Лечебная физкультура
- Плавание в бассейне
- Медикаментозное лечение - флеботоники: детралекс, антистакс, флебодиа, флебофа и др., но не венодиол (Велик.)

Склеротерапия

- Пункционный метод (основной)
- Катетерный метод, для интраоперационной склеротерпии

- Нисходящая склеротерапия (французская методика)
- Восходящая склеротерапия (швейцарская методика)

- Самостоятельное лечение
- В составе комбинированного

Виды склеротерапии

- Простая склеротерапия
(пункционная, катетерная)
- Эхо-склеротерапия
- Фоам-склеротерапия
- Микросклеротерапия

Препараты для склеротерапии

- Натрия тетрадецилсульфат
 - Полидеканол
 - Гипертонический раствор хлорида натрия
 - Хроматированный глицерин
-
- **Тромбовар**
 - **Фибро-вейн**
 - **Этоксисклерол**

Важное предостережение

После осуществления склеротерапии следует:

- 1. В течение 2-3 месяцев не выполнять эпиляцию**
- 2. Не загорать**
- 3. Не посещать баню, сауну**
- 4. Днем носить эластический трикотаж**
- 5. Исключить прием контрацептивов**

Эндовазальные методы лечения ВБ

Термооблитерирующие операции:

- 1. Эндовазальная термокоагуляция**
- 2. Радиочастотная коагуляция (абляция) – РЧО**
- 3. Криосклерозирование**
- 4. Эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК)**

Для этих методов используется тумесцентная анестезия

От лат. tumescere – надувать, т. е. введение в паравазальное пространство местного анестетика (новокаина)

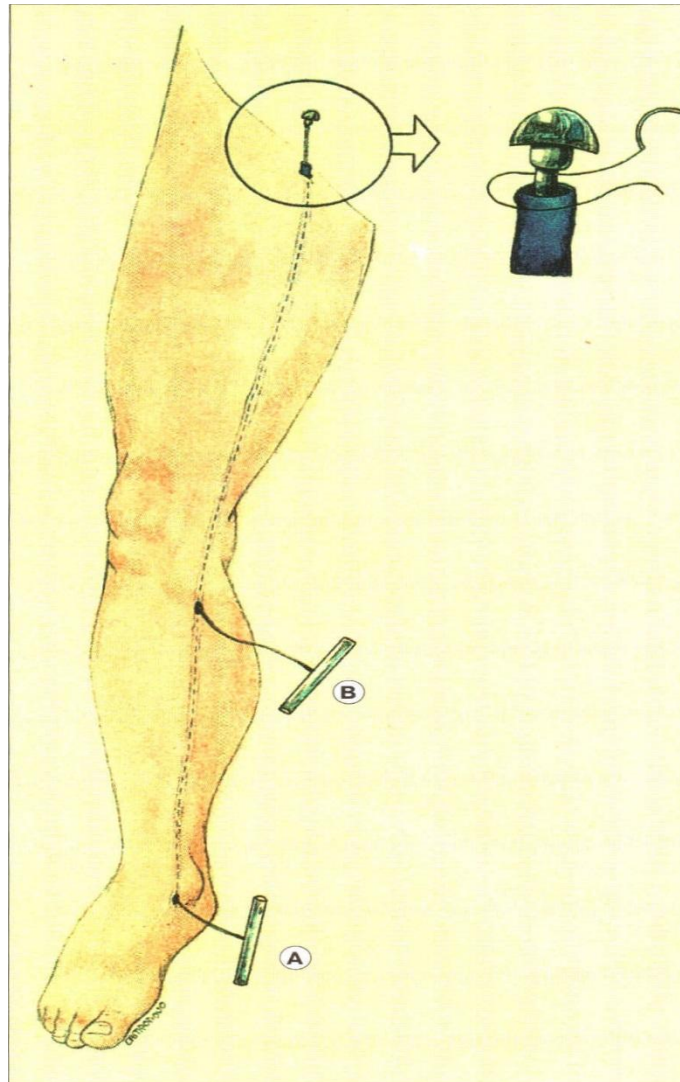
Краткий перечень оперативных методов лечения ВБ

- Операция Троянова – Тренделенбурга (паллиатив)
- Кроссэктомия (паллиатив)
- Радикальная флебэктомия (полный стриппинг)
- Частичная (порциальная) флебэктомия, частичный стриппинг
- Операция Бэбкокка (зондовое удаление варикозных вен)
- Операция Нарата (удаление с помощью нескольких разрезов)
- Операция Шеде (чрескожное прошивание и лигирование варикозных вен)
- Разобщение коммуникантных вен по Коккету (надфасциально) или Линтону или Фельдеру (подфасциально), или подфасциально с помощью эндоскопических технологий

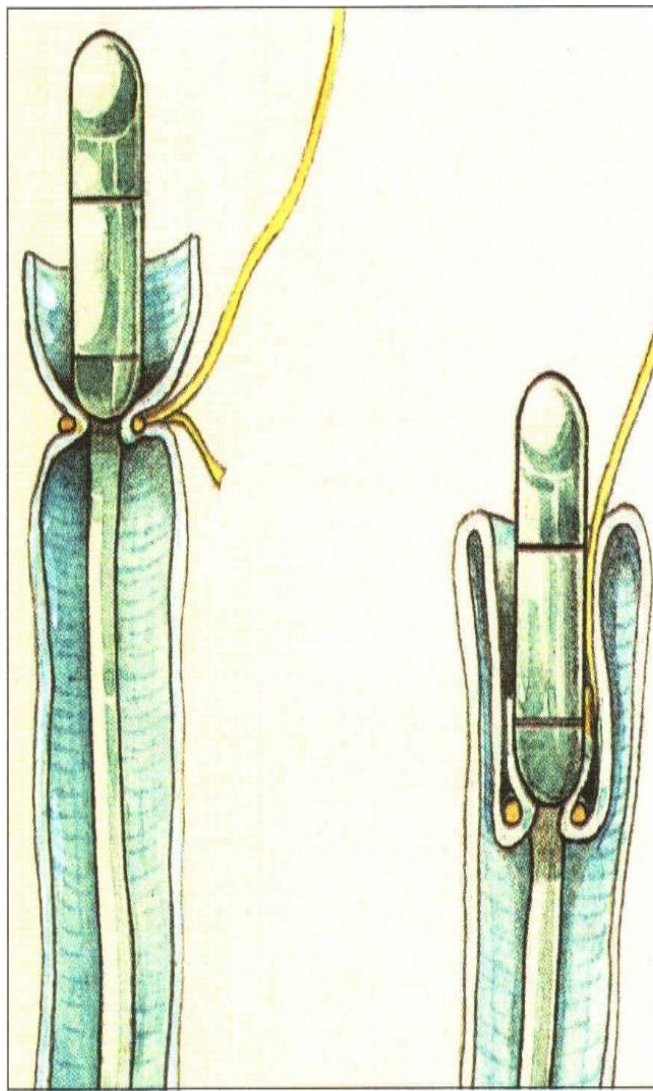
Оперативное лечение (показание для лампасного иссечения вен по типу оп. Маделунга)



Флебэктомия зондовым способом (Бэбкокк)



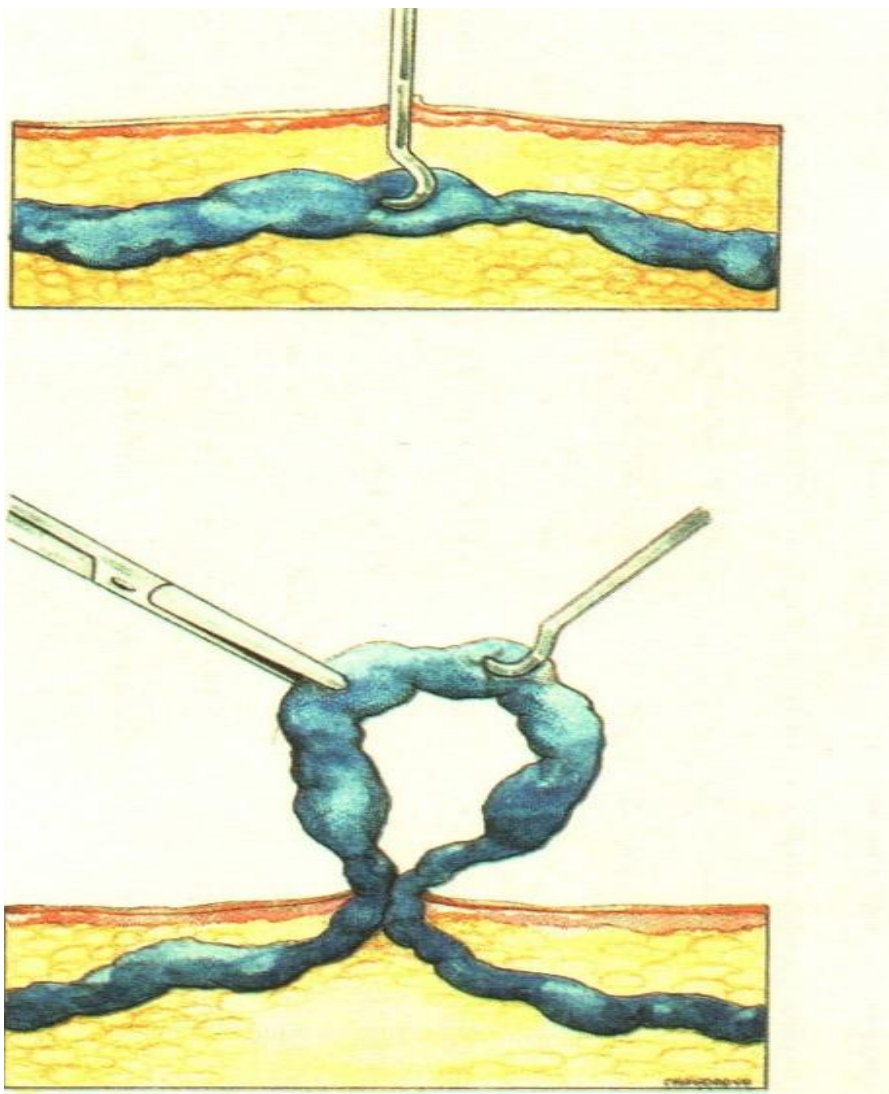
Эверсионная флебэктомия зондом Бэбкокка



Оперативные методы лечения ВБ

- **Минифлебэктомия.** Это современный и очень популярный метод лечения.
- Роберт Мюллер (Швейцария) в 1966 году изобрел набор специальных крючков для косметического удаления вен из миниразрезов (типа проколов кожи)
- Достигаются отличные результаты как клинического, так и косметического эффектов
- Достояние коммерческой хирургии

Минифлебэктомия по Мюллеру



Атипичные виды варикозной болезни: 1. вульварный, 2. промежностный, 3. ягодичный



Часть 2. Поверхностный тромбофлебит

- Тромбофлебит (thrombophlebitis) от греческого Trombos (сгусток крови) и phlebos (вена), что и означает – образование тромба в просвете вены
- Венозный тромбоз может протекать в виде двух клинических вариантов: **тромбофлебита и флеботромбоза**
- Все зависит от того как перераспределятся составляющие **триады Р. Вирхова**: замедление или полный стаз венозной крови, гиперкоагуляция, повреждение внутренней стенки вены- интимы.
- Если ведущий фактор триады повреждение стенки вены- будет **тромбофлебит**, если гиперкоагуляция - **флеботромбоз**

Важное предостережение по венозным тромбозам

- **Флеботромбозы**- гораздо опаснее тромбофлебитов, т.к. в большинстве случаев не дают внятной клинической картины и развитие событий начинается с картины ТЭЛА. После этого начинается поиск источника ТЭЛА –флеботромбоза
- УЗИ – диагностика **не всегда может «найти» этот источник**, т.к. тромб может полностью покинуть свое первоначальное место и стать эмболом
- **Тромбофлебиты** (особенно поверхностные)- всегда имеют характерную, внятную клинику. Сказанное не относится к глубоким венозным тромбозам

Предрасполагающие факторы

- Механическая травма
- Химическая (медикаментозная) травма
- Термическая травма
- Варикозная болезнь
- Сгущение крови (потеря жидкости в сауне, бане)
- Прием мочегонных
- Курение и алкоголь
- Пероральные контрацептивы
- Наличие скрытых очагов инфекции

Локализация поверхностных венозных тромбозов

- Излюбленная локализация – нижние конечности (до 95%)
- В принципе тромбообразование может произойти абсолютно в любой вене человеческого организма
- Венозные тромбозы (особенно поверхностные) любят мигрировать и рецидивировать
- Особого внимания заслуживают венозные тромбозы у наркоманов
- Важное значение имеют венозные тромбозы для диагностики онкологических (особенно злокачественных) новообразований

«Судьба» венозного тромба

1. Полный лизис (спонтанный или медикаментозный) с полным восстановлением кровотока и выздоровлением
2. Частичный (неполный) лизис , т.е. частичная (неполная) реканализация
3. Отрыв фрагмента тромба или смыв всего тромба с исходом в различную степень тяжести ТЭЛА
4. Гнойное расплавление тромба с высокой вероятностью сепсиса
5. Организация (превращение тромба в рубцовый тяж)

Все вышеотмеченное в равной степени относится и к глубоким венозным тромбозам

Восходящий поверхностный тромбофлебит

- Это переход тромбообразования с одного сегмента конечности на другой (чаще всего с голени на бедро)
- Это переход тромбоза с поверхностной вены на глубокую. Особенно это часто происходит в СФС (сафенофemorальном) или в СПС (сафенопоплитеальном) соустьях. Резко увеличивается риск возникновения ТЭЛА (10% от всех случаев)
- Это переход тромбоза на глубокие вены через коммуникантные вен
- Восходящий тромбофлебит- одна из наиболее частых ситуаций в практике амбулаторных хирургов

Симптоматика типичного поверхностного тромбофлебита

- По ходу вены появляется красный тяж- гиперемия кожи
- Локальная припухлость в зоне патологического очага
- Резкая болезненность по протяжению тромбированной вены
- Незначительное ухудшение общего самочувствия, что затрудняет раннюю обращаемость к врачу
- Легкий субфебрилитет
- Вариабельность клинической картины зависит от локализации процесса и степени вовлечения в процесс окружающих мягких тканей

Определение местонахождения «головки» тромба и степени её флотации

- Пальпаторное и визуальное определение верхней границы тромбоза (головки тромба) часто бывает ошибочным, особенно у тучных субъектов
- При флебографии или УЗИ головка тромба как правило находится на 15-20 см. проксимальнее пальпаторной или визуальной
- Головка (особенно флотирующая) длиной 2-3 см. всегда опасная в плане эмболии легочной артерии
- Флотирующий тромбоз требует обязательного стационарирования

Атипичные виды поверхностного тромбоза

- Тромбофлебит поверхностной яремной вены
- Тромбофлебит поверхностных вен грудной клетки или живота
- Тромбофлебит поверхностных вен промежности и наружных половых органов
- На все атипичные локализации приходится 5-10% от общего количества случаев

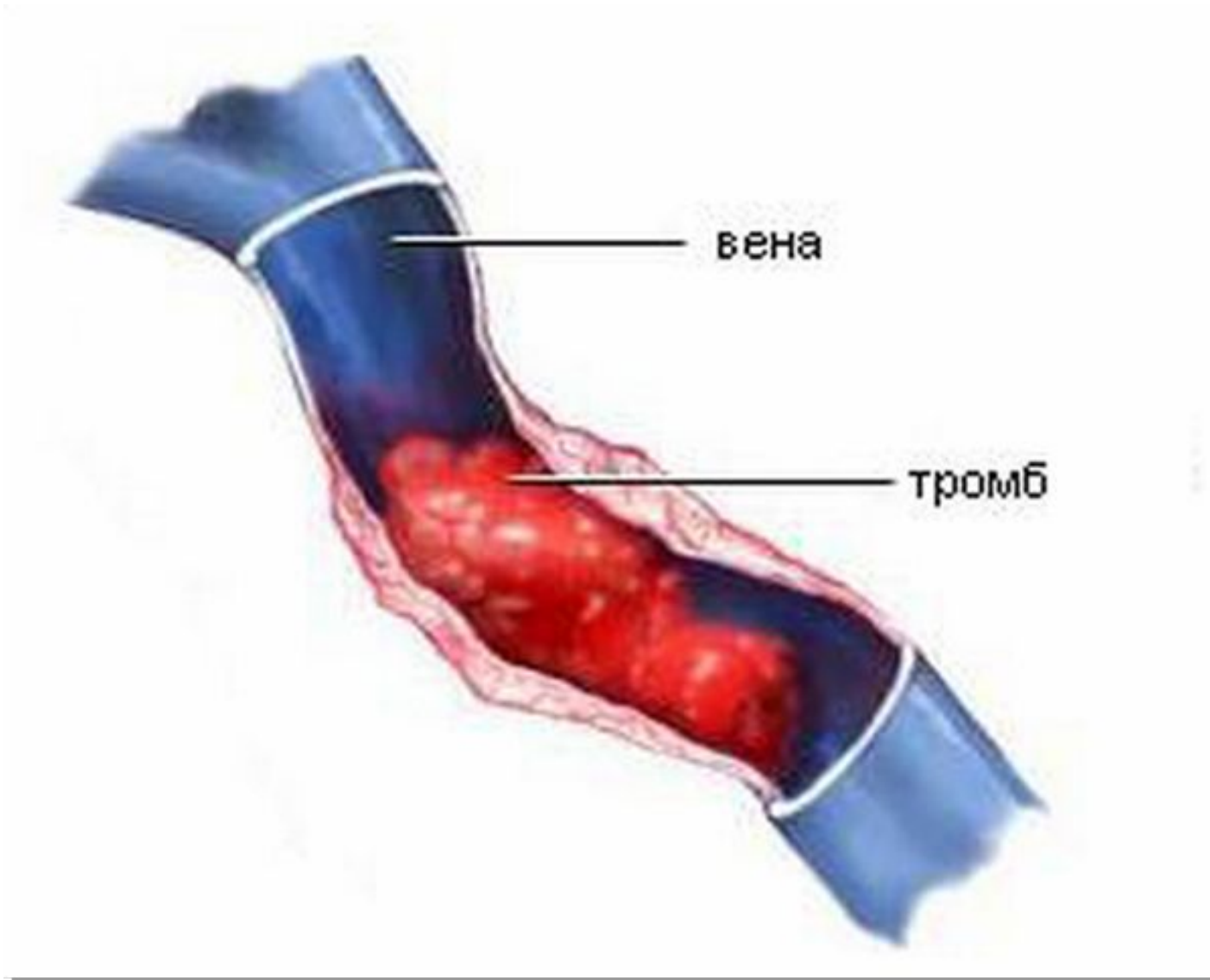
Рецидивирующий тромбофлебит у наркоманов



Дополнительные методы диагностики

- Лабораторные методы (исследования гемостаза, лейкоцитоз, СОЭ)
- УЗИ простое
- УЗИ с цветным картированием
- Рентгенологический контрастный метод – флебография в настоящее время **повсеместно оставлена**
- КТ

Тромботический процесс



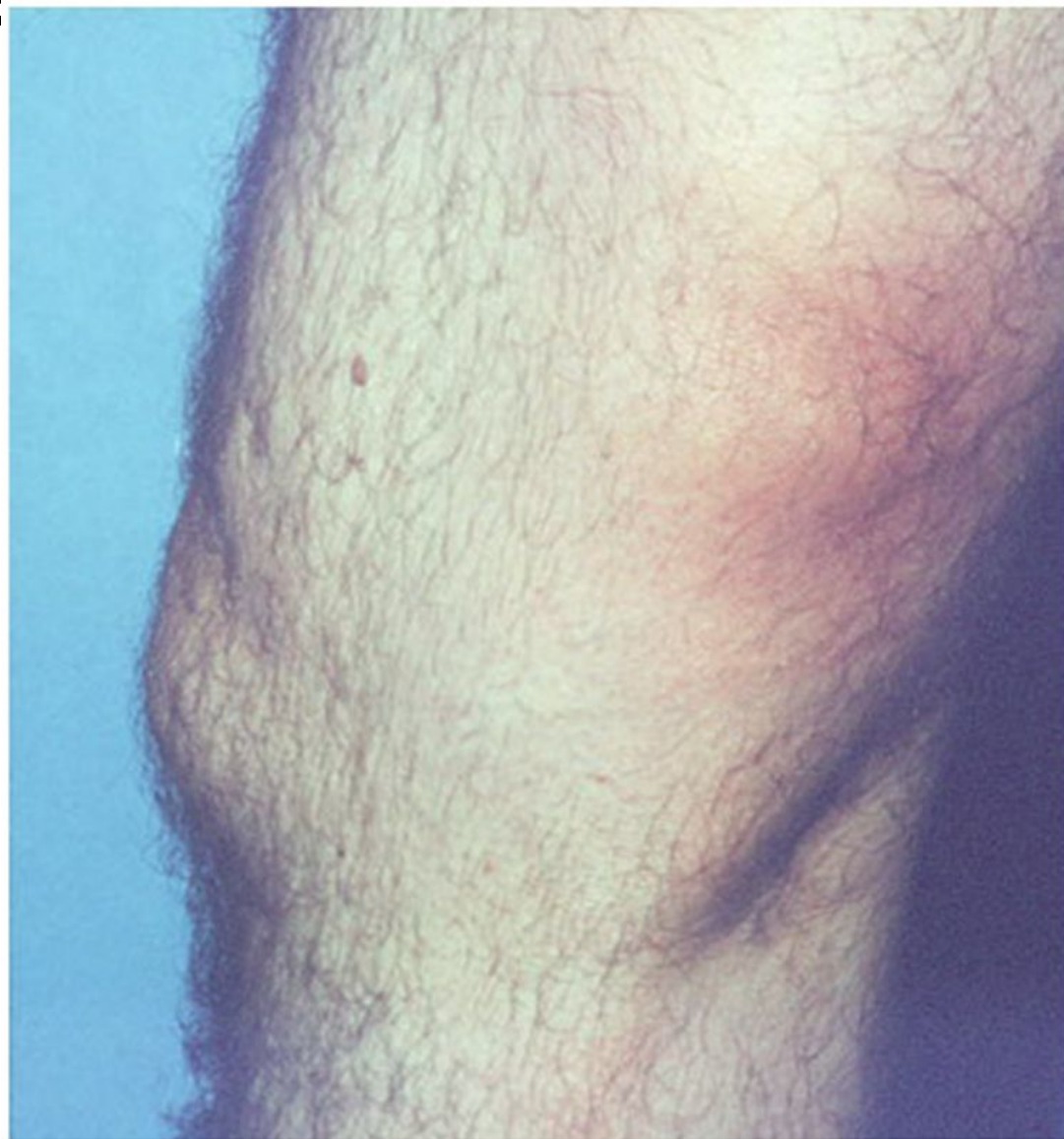
Симптоматика флеботромбоза поверхностных вен



Симптоматика поверхностного тромбофлебита



Симптоматика поверхностного тромбофлебита



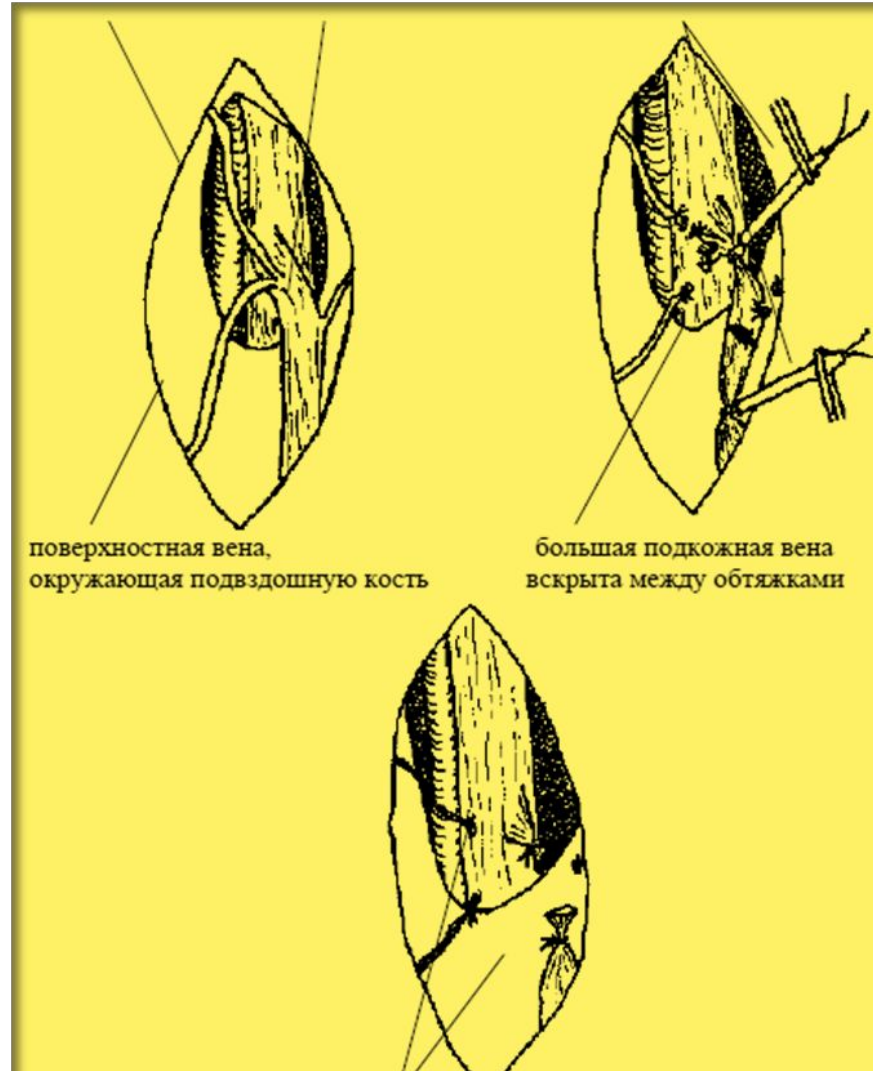
УЗИ-диагностика тромбофлебита



Диагностика: компьютерная томография



Экстренная оперативная помощь (кроссэктомия)



Другие методы оперативного лечения

- **Радикальная флебэктомия (по особым показаниям)**
- **Радикальная флебэктомия и иссечением окружающей воспаленной жировой клетчатки (по особым показаниям). Это операция типа операции МАДЕЛУНГА**
- **Частичная или порциальная флебэктомия**
- **Флебэктомия в сочетании с тромбэктомией**
- **Флебэктомия в сочетании с лигированием вены**

Консервативное лечение тромбофлебита

- Максимально быстрое купирование тромботического и воспалительного процессов
- Ликвидация угрозы ТЭЛА
- Лизирование тромба с помощью антикоагулянтных средств
- Использование НПВС, физиотерапевтические методы
- Антигистаминная терапия
- Антибактериальная терапия по особым показаниям
- Раннее использование флеботропных средств
- Использование эластической компрессии

Заключение

- Более подробное изложение консервативных методов лечения будет дано в следующей лекции:

«Глубокие венозные тромбозы»

Благодарю за внимание