

# Государственная Медицинская Академия кафедра факультативной хирургии

Тема : Осложнения варикозной болезни нижних  
конечностей

Готовила: Торобекова С. Группа-48, лечебный факультет

Проверил:

# Осложнения варикозной болезни нижних конечностей

## СТАДИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ



Телеангиэктазии  
«сосудистые  
звездочки»



Ретикулярный  
варикоз



Варикозное  
расширение  
магистральных вен



Хроническая  
венозная  
недостаточность



Трофическая  
язва

# Осложнения варикозной болезни нижних конечностей

- Образование варикозных язв.
- Острые тромбофлебиты варикозно-расширенных вен.
- Кровотечение из варикозных узлов.



- **Фаза осложнений** характеризуется выраженной хронической, венозной недостаточностью:
- 1) быстро нарастают отеки, усиливается кожный зуд, лишая больных покоя и сна;
- 2) на коже голени появляются трофические расстройства, выпадают волосы;
- 3) развивается экзема или возникают язвы;
- 4) подкожная клетчатка уплотняется, присоединяются флеботромбозы, лимфангит;
- 5) возникают кровотечения из лопнувшей вены;
- 6) реже бывает рожистое воспаление с частичными рецидивами и слоновостью конечности.

# Осложнения варикозной болезни НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

I. Образование варикозных язв. Венозная трофическая язва представляет собой дефект кожи и глубже лежащих тканей голени, возникающий в результате хронического нарушения венозного оттока и незаживающий в течение 6 недель.



2. Острые тромбофлебиты варикозно-расширенных вен. Инфекция и аутоенсибилизация могут вызывать тромбофлебит варикозных вен. Появляется болезненное уплотнение по ходу вены, переходящее на подкожную клетчатку и кожу, т.е. развиваются явления перифлебита. Кожа по ходу венозного ствола часто гиперемирована.



3. Кровотечение из варикозных узлов. Стенка венозного ствола резко истончается. Если она и истонченная над ней кожа разрывается, то возникает сильное наружное венозное кровотечение, ибо склерозированная вена не спадается, а кровотечение поддерживается гипертензией. Иногда кровотечение обусловлено узурацией перфорантной или другой вены на дне варикозной язвы. При поднятии ноги вверх и наложении давящей повязки кровотечение останавливается. В месте разрыва варикозных узлов обычно возникает язва.



# Методы лечения:

I. Компрессионная терапия – базовый метод консервативного лечения – бинтование ног эластическими бинтами или применение специального медицинского трикотажа (гольфов, чулок или колготок).

Лечение заключается в ношении эластических чулок, бинтов или эластического трикотажа, направлено на улучшение оттока крови из поверхностных вен в глубокие за счет сдавления поверхностных вен (эластическая компрессия) и профилактику тромбозов варикозно расширенных вен, однако, этот метод не предупреждает дальнейшее прогрессирование заболевания и не приводит к излечению. Показано применение лечебной физкультуры, физиотерапии.

II. Медикаментозная терапия и лечебная гимнастика используется как вспомогательные методы; лечебный эффект наступает через 2-3 месяца ежедневного приема и сохраняется примерно такое же время. Консервативное медикаментозное лечение включает применение следующих препаратов:

- ❖ флеботоники и ангиопротекторы (венорутон, цикло-3-форт, детралекс, флебодиа 600 и др.) и дезагреганты (трентал, курантил).
- ❖ «Золотым стандартом» считается применение детралекса, который представляет собой микронизированную очищенную фракцию флавоноидов диосмина и гесперидина.
- ❖ противовоспалительные препараты (ортофен, диклофенак);
- ❖ топические препараты местного применения (лиотон-1000-гель, куриозин);
- ❖ антикоагулянты (нефракционированные и низкомолекулярные гепарины).

III. Склерозирующая терапия – нехирургический метод, основанный на том, что в просвет пораженной вены вводят различные препараты (фибровейн, этоксисклерол), которые как бы пломбируют вену изнутри, повреждая её интиму, в результате чего вена выключается из кровотока и постепенно (за период от 2 недель до 6 месяцев) облитерируется.

Склеротерапия при варикозном расширении вен должна применяться только при отсутствии патологических вено-венозных сбросов. Показаниями к склеротерапии в настоящее время являются:

- ❖ ретикулярный (внутрикожный варикоз) и телеангиэктазии;
- ❖ изолированный варикоз притоков магистральных подкожных вен;
- ❖ период после венэктомии (для облитерации не удаленных варикозных вен).

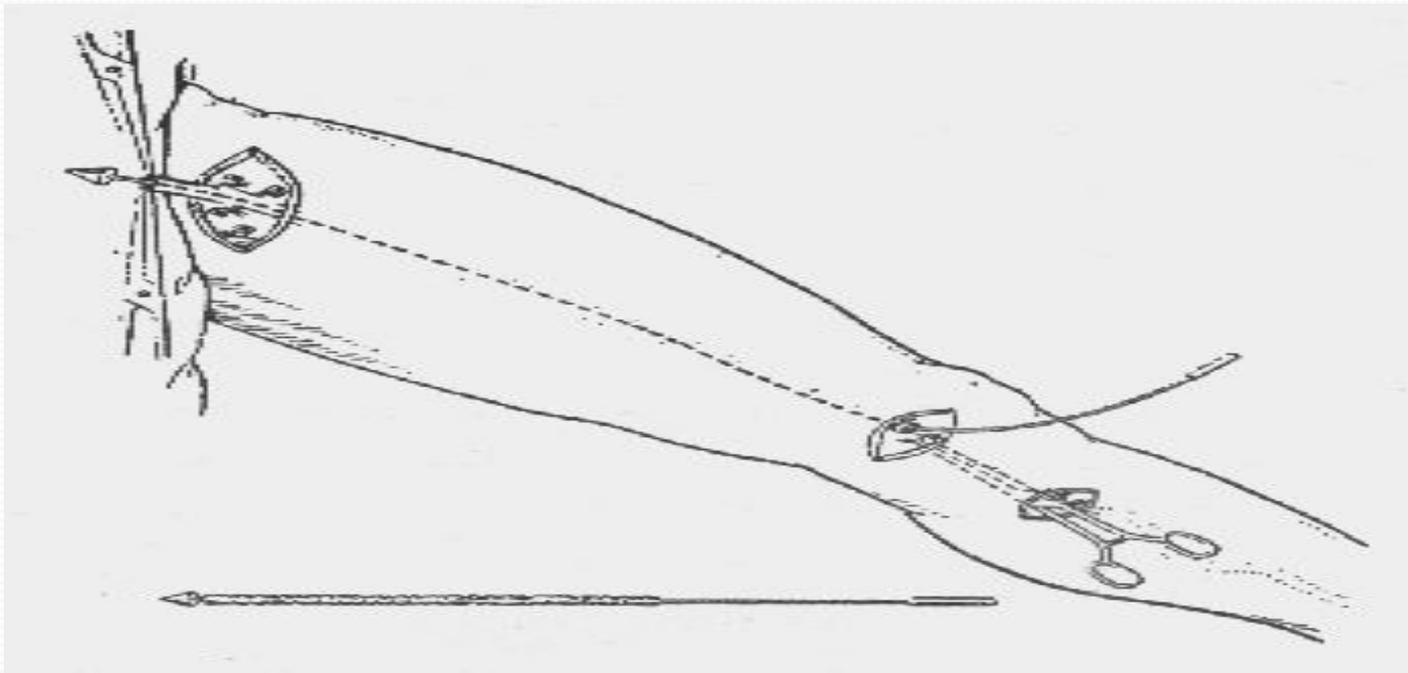
IV. Оперативное лечение – удаление пораженных вен (венэктомия).

Основные цели оперативного лечения должны сводиться к устранению ретроградного тока крови из подвздошных и полых вен, прекращению рефлюкса крови через недостаточные коммуникантные вены из глубоких в поверхностных и обеспечению оттока крови по глубоким венам.

Хирургическое лечение показано при:

- ❖ варикозной болезни с несостоятельностью клапанов подкожных и перфорантных вен и вено-венозным рефлюксом;
- ❖ варикозной болезни, осложненной кровотечением, тромбофлебитом, индурацией и гиперпигментацией голеней, экземой, дерматитом и язвами (после их полной или частичной санации)
- ❖ выраженных рецидивах первичного расширения вен после склерозирующей терапии.

Классическая операция – радикальная венэктомия, которая включает различные комбинации следующих операций, которые в англоязычной литературе получили название кроссэктомия, короткий, средний или длинный сафеновый стриппинг (операция по Троянову-Тренделенбургу – Бэбкокку – Нарату).



Так как основной причиной ретроградного сброса крови в большую подкожную вену является функциональная и анатомическая несостоятельность остиального клапана, то для устранения ретроградного сброса крови производится перевязка сафено-фemorального соустья – **операция Троянова-Тренделенбурга** (в настоящее время в литературе операция носит название **кроссэктомия**). В изолированном варианте эта операция может использоваться при рефлюксе до средней трети бедра (по данным дуплексного сканирования). За рубежом ограничиваются этой операцией у лиц пожилого и старческого возраста, однако рецидивы возникают достаточно часто.

**Сафеновый стриппинг включает:** операция **Бэбкокка** (Babcock W., 1907) - удаление большой подкожной вены на бедре с помощью зонда. Для этого в просвет пересеченной большой подкожной вены вводят специальный зонд с оливой на конце, который максимально продвигают в дистальном направлении конечности. Затем над оливой зонда, находящегося обычно на голени, делают небольшой разрез кожи, пересекают вену и конец ее фиксируют лигатурой к зонду. После этого зонд извлекают вместе с веной, которая выворачивается как перчатка. На голени подкожные вены удаляют из отдельных небольших разрезов кожи, отстоящих друг от друга на 10-15 см. Этот метод предложен **Наратом** (Narath, 1905). Для удаления варикозных притоков используется методика микрофлебэктомии. Помимо удаления основного ствола большой подкожной вены, необходима тщательная перевязка и пересечение всех недостаточных коммуникантных вен на внутренней поверхности голени, в надлодыжечной области. Перевязку коммуникантов можно провести надфасциально (**Коккет**) или после рассечения фасций - субфасциально (**Линтон**) Субфасциальная перевязка производится при выраженных трофических изменениях в коже и подкожной клетчатке.

Пересмотрен и объем хирургического вмешательства: по возможности удаляется не вся большая подкожная вена (длинный сафеновый стриппинг), а только пораженные венозные сегменты, варикозная трансформация которых необратима. Выполняется сегментарная флебэктомия только на бедре (короткий сафеновый стриппинг), удаление большой подкожной вены от паховой складки до верхней трети голени (средний сафеновый стриппинг). Неизмененные части большой подкожной вены в дальнейшем могут использоваться по показаниям для выполнения реконструктивных операций на артериях (аортокоронарное шунтирование и др.)

Эффективным средством профилактики различных послеоперационных осложнений является точное выполнение техники операции и ранняя активация больного. Вставать и ходить разрешается на 2-е сутки после операции, швы снимают на 7-10 сутки. В случае отсутствия осложнений больного в эти сроки выписывают для амбулаторного лечения при условии обязательного бинтования конечности эластическим бинтом или ношения эластического чулка в течение 2-4 месяцев.

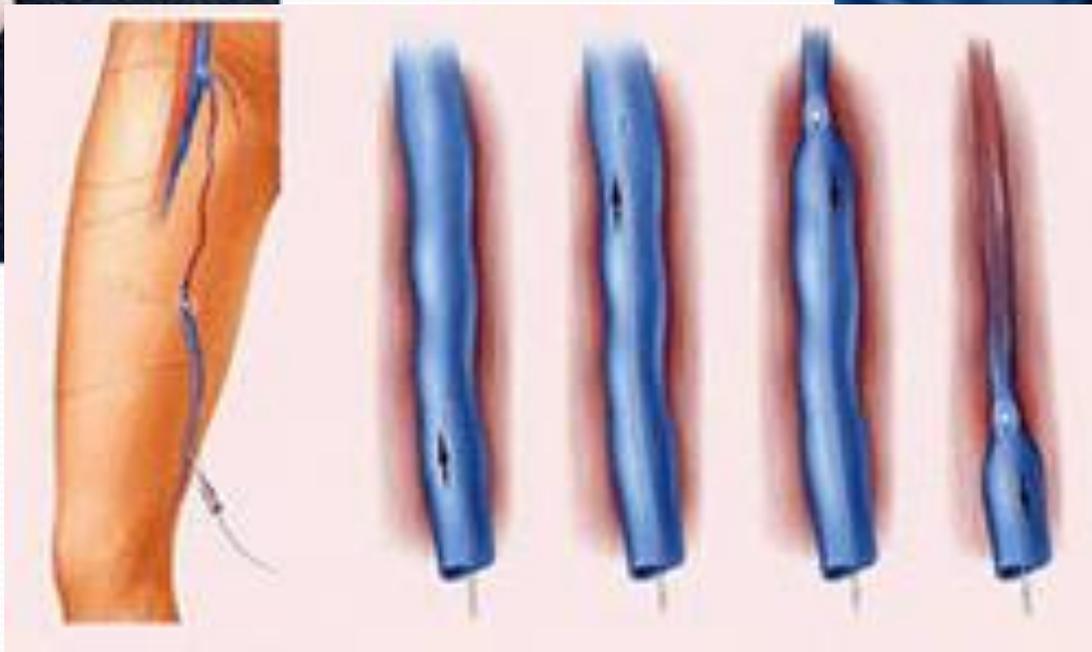
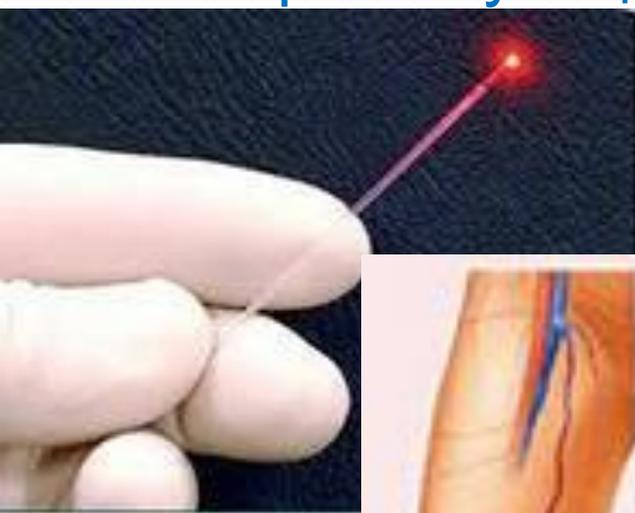
Рецидивы после операции у 8-10% больных.

Причины рецидивов:

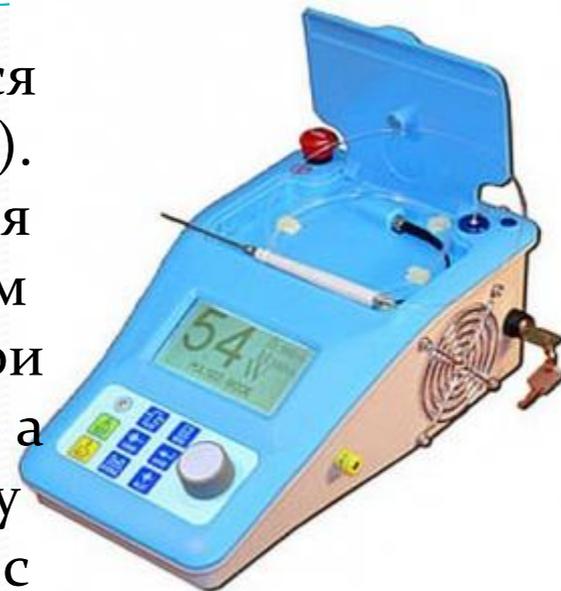
- рецидивы из-за ошибок диагностики;
- технические ошибки во время операции;
- неадекватное ведение после операции.

Методы лечения:

V. Альтернативным методом лечения ВБНК и устранения патологического вено-венозного рефлюкса является эндовазальная термическая облитерация, для которой используются энергия лазерного излучения, радиочастотная биполярная электрокоагуляция, энергия пара.



Преимущественно используется эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). При воздействии лазерного облучения происходит поглощение гемоглобином лазерной энергии. Тепло, выделяющееся внутри сосуда, передается содержащейся в крови воде, а её нагрев до  $100^{\circ}\text{C}$  приводит к локальному кипению вблизи торца световода с образованием пузырьков пара. Этот пар осуществляет термическое поражение стенки вены, прежде всего эндотелия. В результате возникает фокальный коагуляционный некроз венозной стенки и окклюзивный фиксированный тромбоз. При отсутствии кровотока по вене в последующем формируется фиброзирование вены с облитерацией её просвета.



По применению ЭВЛО ограничивают строгие условия её использования: расширение большой подкожной вены не более 10 мм; незначительное количество варикозно расширенных притоков; ровный ход ствола большой (или малой) подкожной вены. ЭВЛО не производится в случаях предшествующей стволовой склеротерапии.

Профилактика ВБНК является важным направлением клинической флебологии. Превентивные мероприятия необходимо проводить как **в известных группах риска** (наследственный анамнез, профессиональные вредности, беременность, избыточный вес, гиподинамия, гормонотерапия), так и **после проведенного хирургического или флебосклерозирующего лечения.**



**Спасибо за внимание!**