

**ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ»**

Кафедра хирургии факультета дополнительного профессионального образования

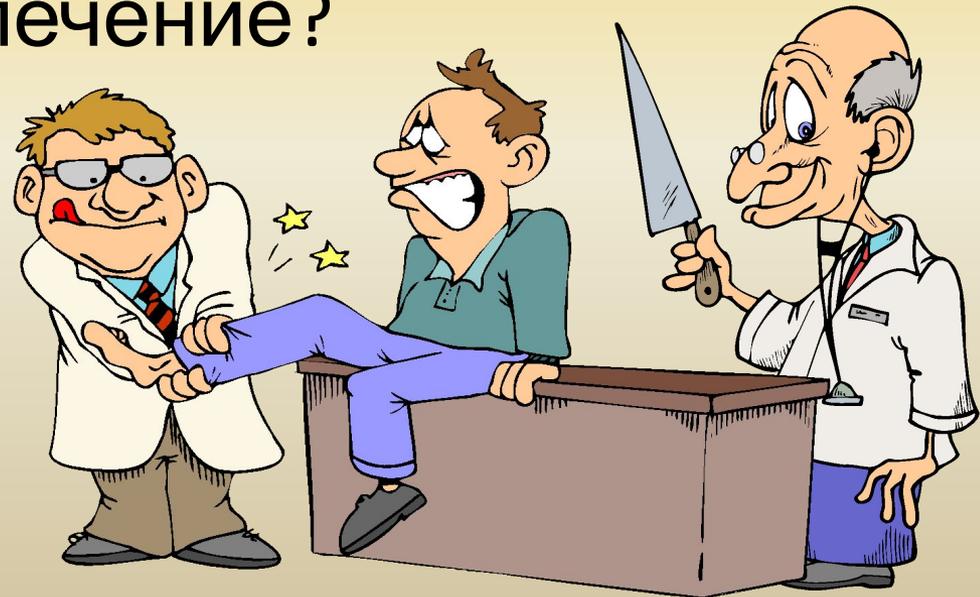
Актуальные вопросы сосудистой хирургии в общеврачебной практике

ассистент кафедры, к.м.н.

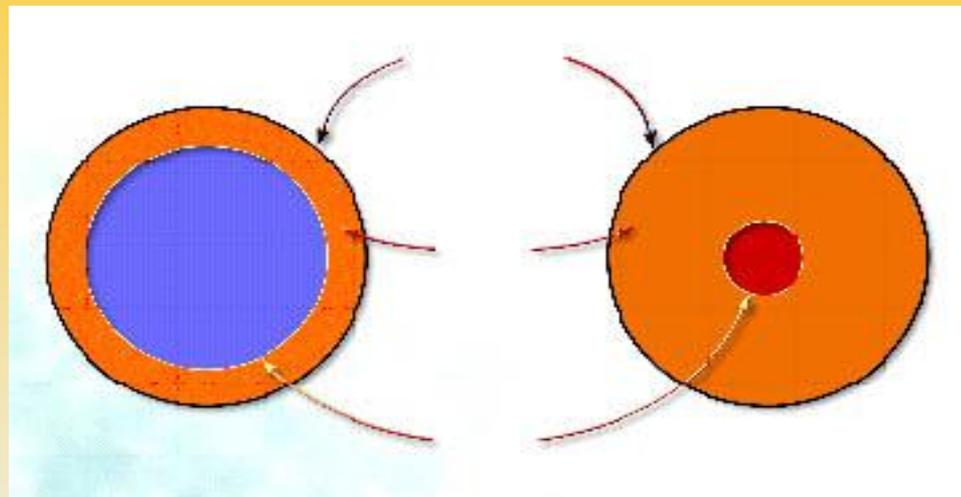
Киреев Константин Александрович

Какие вопросы стоят перед общим хирургом при обращении к нему пациента с возможными сосудистыми заболеваниями

1. Есть ли у больного ангиохирургическая патология?
2. Артериальная или венозная?
3. Плановая или экстренная?
4. Какое назначить лечение?



Замкнутая система кровообращения состоит из артериального (резистивного) и венозного (ёмкостного) отделов

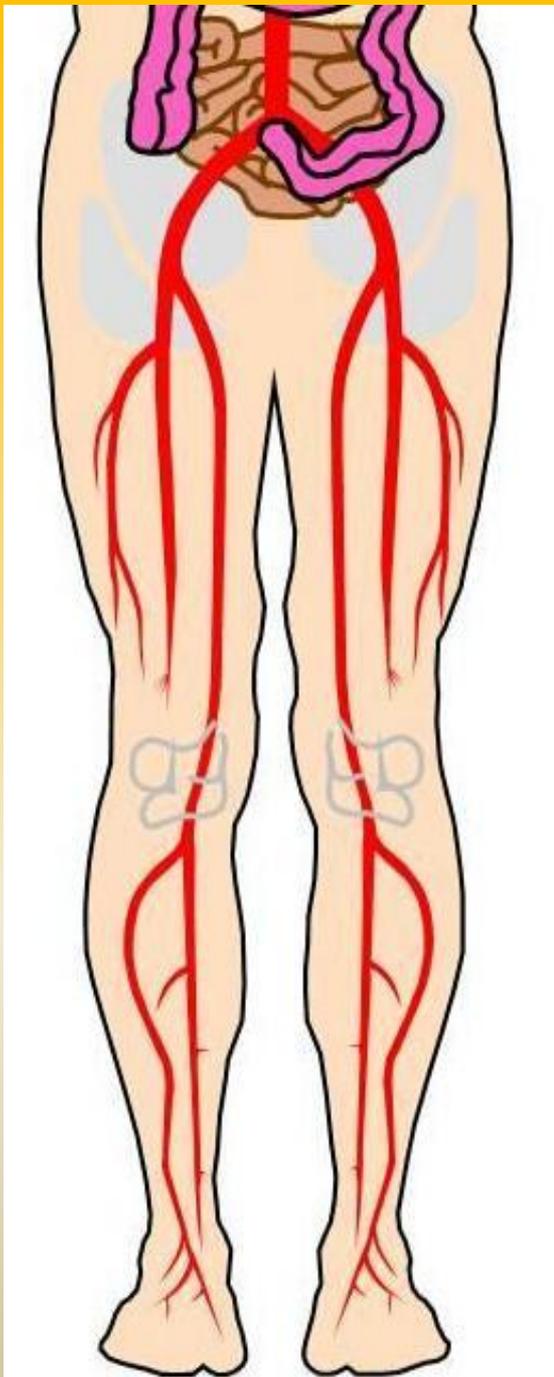


В отличие от артерий вены имеют более тонкую мышечную оболочку



DWG.RU

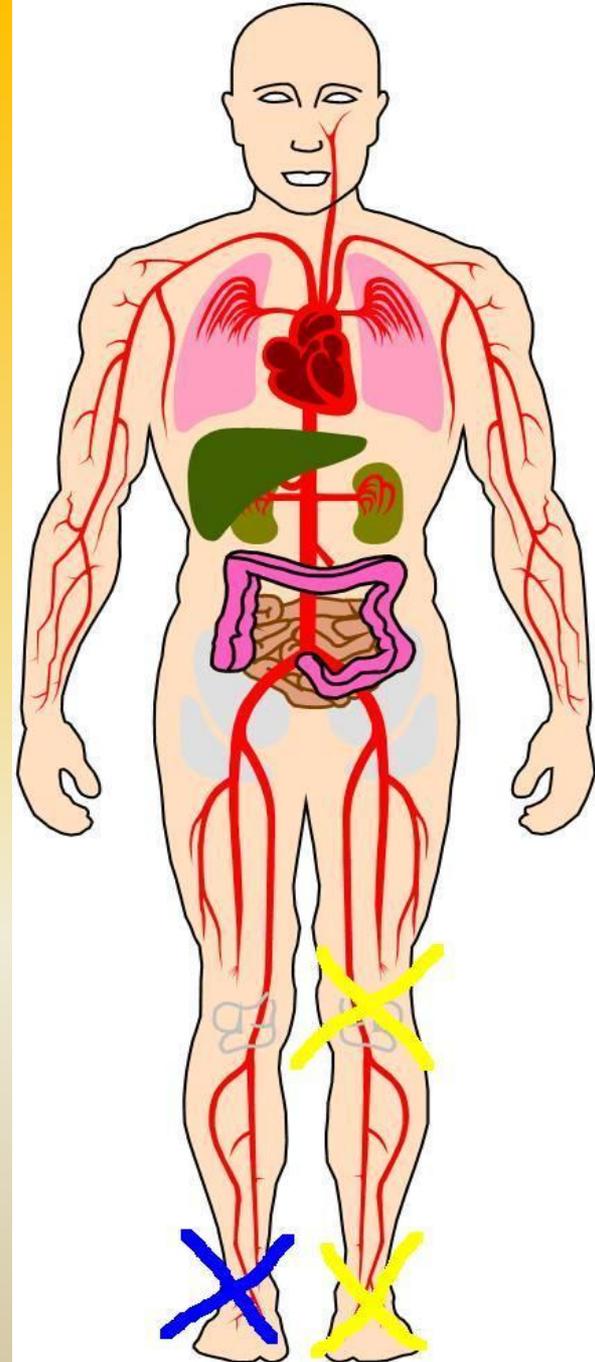
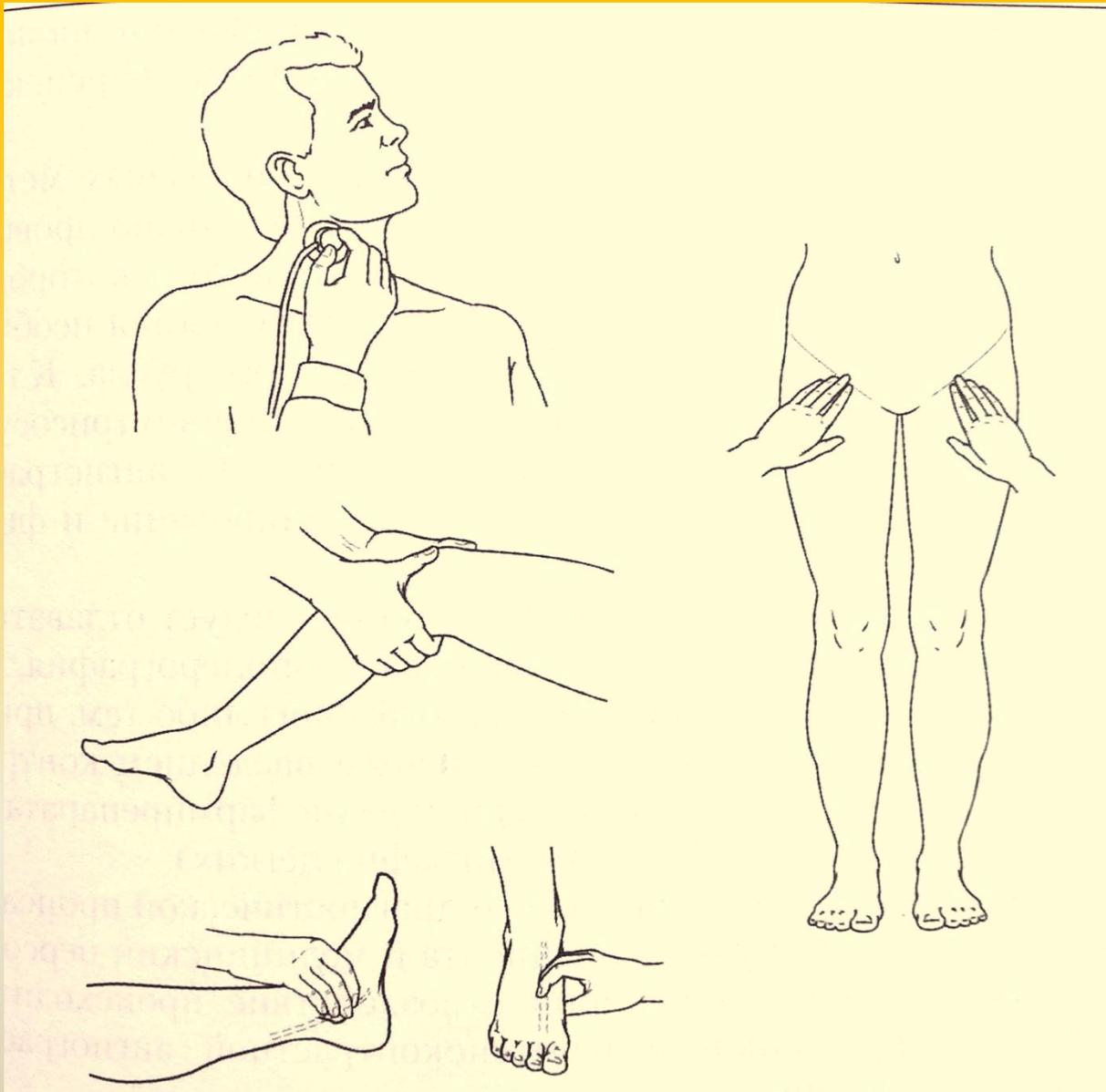




← 1 этаж – аорто-
подвздошная зона

← 2 этаж – бедренно-
подколенный сегмент

← 3 этаж – артерии
голени и стопы



!!! При отсутствии/снижении пульсации –
направить к ангиохирургу

Основным проявлением ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ является СИНДРОМ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ

СТЕПЕНЬ	СИМПТОМЫ
1 степень Компенсированная	Перемежающаяся хромота при ходьбе на расстояние более 1000 м
2А степень Субкомпенсированная	Перемежающаяся хромота при ходьбе на расстояние от 200 до 1000 м
2Б степень Декомпенсированная	Перемежающаяся хромота при ходьбе на расстояние до 200 метров
3 степень Критическая ишемия	Боли в покое
4 степень Критическая ишемия + трофические расстройства	Ишемические язвы на стопе или голени

Критическая ишемия нижних конечностей:

- постоянная **боль в покое**, требующая обезболивания в течение 2 недель и более (ишемия 3);
- **трофическая язва или гангрена** пальцев или стопы, возникшие на фоне хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ишемия 4)

СТЕПЕНЬ	ЛЕЧЕНИЕ
<p>1 степень Компенсированная Более 1000 м</p>	<p>1. Аспирин 125 мг или его аналоги 2. Статины (АТОРИС 10-20 мг.) 3. Инфузионная терапия 2-3 раза в год в зависимости от тяжести патологии: пентоксифиллин, реополиглюкин, вессел дуэ ф, вазaproстан, алпростан ВЕССЕЛ ДУЭ Ф 2 мл. в/в капельно на физ.р-ре или в/м №10, далее по 1 капс. 2 р.д. в течение 2 месяцев</p>
<p>2А степень Субкомпенсированная 200-1000 м</p>	
<p>2Б степень До 200 метров</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Открытые реконструкции - Эндovasкулярные реконструкции - Некрэктомии и ампутации
<p>3 степень Критическая ишемия</p>	
<p>4 степень Критическая ишемия +</p>	

Начало консервативного лечения ХОЗАНК



**«Stop smoking and
keep walking»**

(E.Hously)

Острые артериальные ОККЛЮЗИИ

- Острое нарушение кровообращения дистальнее места окклюзии артерии эмболом или тромбом.

Частота

- 5-10 госпитализаций на 10 тыс. населения.
- Преобладающий возраст - старше 60 лет.
- Преобладающий пол - мужской

Этиология

- Эмболия артерий- эмболия сосудов эмболом, мигрирующим в потоке крови.
- Тромбоз артерии. Патогенетическая триада Virchow:
 - повреждения сосудистой стенки
 - изменения состава крови
 - нарушения кровотока (его ламинарного движения)

Эмболия артерий

- Источник- левая половина сердца
- Пристеночный тромб в результате аритмии, инфаркта, хирургической травмы, стеноза митрального клапана, эндокардита и сердечной слабости любой этиологии.
- Вегетации на клапанах.
- Инородные тела.
- Опухоли.
- Источник- правое сердце: при дефектах межжелудочковой и межпредсердной перегородок.

Эмболия артерий

- Источник- аорта.
- Склеротические бляшки.
- Травма с последующим тромбозом.
- Аневризма.
- Инородные тела.

Тромбоз артерии

- Повреждение сосудистой стенки
- Облитерирующий атеросклероз.
- Артерииты: системные аллергические васкулиты (тромбангиит, неспецифический аортоартериит, узелковый периартериит), инфекционные артерииты.
- Травма.
- Ятрогенные повреждения сосудов.
- Прочие (при отморожении, воздействие электрического тока , радиации, СВЧ и т.д.)

Тромбоз артерии

Изменения состава крови

1. Заболевания крови:

а/ истинная полицитемия (болезнь Вакеза),

б/ лейкозы.

2. Заболевания внутренних органов (атеросклероз, гипертоническая болезнь, злокачественные опухоли и др.)

3. Лекарственные препараты.

Нарушения тока крови

1. Экстравазальная компрессия.

2. Аневризма.

3. Спазм.

4. Острая недостаточность кровообращения, коллапс.

5. Предшествующая операция на артерии.

Патогенез

1. Острая окклюзия
2. Спазм артерии
3. Продолженный тромбоз
4. Анаэробное окисление продуктов обмена
5. Гибель мышечных клеток
6. Субфасциальный отёк
7. Гангрена

Клиническая классификация острой ишемии конечности

степень ишемии	основной признак
ИН (ишемия напряжения)	Отсутствие признаков ишемии в покое, появление их при нагрузке
I А	Чувство онемения, похолодания, парестезии
I Б	Боль
II А	Парез
II Б	Плегия
III А	Субфасциальный отек мышц
III Б	Парциальная контрактура
III В	Тотальная контрактура

Клиническая картина

- Боль в конечности
- Отсутствие пульса дистальнее окклюзии
- Бледность кожных покровов
- Снижение кожной температуры
- Парестезии (исчезновении болевой и глубокой чувствительности указывает на выраженную ишемию.)
- Паралич

Частота локализации эмболии

- Бедренная артерия -30%
- Подвздошная - 15%
- Подколенная -10%
- Плечевая -10%
- Брыжеечные -5%
- Почечные - 5%
- Бифуркация аорты - 10%

Клиническая картина эмболии

- Часто предшествуют заболевания сердца (ИМ, митральный стеноз, миксома)
- Нарушения сердечного ритма
- Аневризмы крупных артерий
- Начало заболевания - внезапное с резчайшим болевым синдромом

Клиническая картина тромбоза

- В анамнезе хронические заболевания сосудов
- Симптомы появляются постепенно, чаще первыми возникают парестезии, затем боли.
- Систолический шум при аускультации выше места окклюзии и над артериями непораженной стороны.
- Могут предшествовать травмы или операции на сосудах

Критерии	Острая артериальная эмболия	Острый артериальный тромбоз
Возраст пациентов	Любой, чаще до 50 лет	Старше 50 лет
Начало	Острое, внезапное	Постепенное
Боль	Резкая («удар хлыста по ногам»)	Постепенно нарастающая
Скорость нарастания ишемии	Быстро, в течение часов	Постепенно, в течение суток
Трофические нарушения кожи конечностей	Нет	Трофические нарушения, характерные для хронической артериальной недостаточности
Признаки атеросклеротического поражения других органов и систем	Не характерны	Характерны (ИБС, ишемические нарушения головного мозга)
Синдром перемежающейся хромоты в анамнезе	Редко	Всегда
Частые фоновые заболевания	Пороки сердца, аневризма сердца, аритмия	ИБС, сахарный диабет

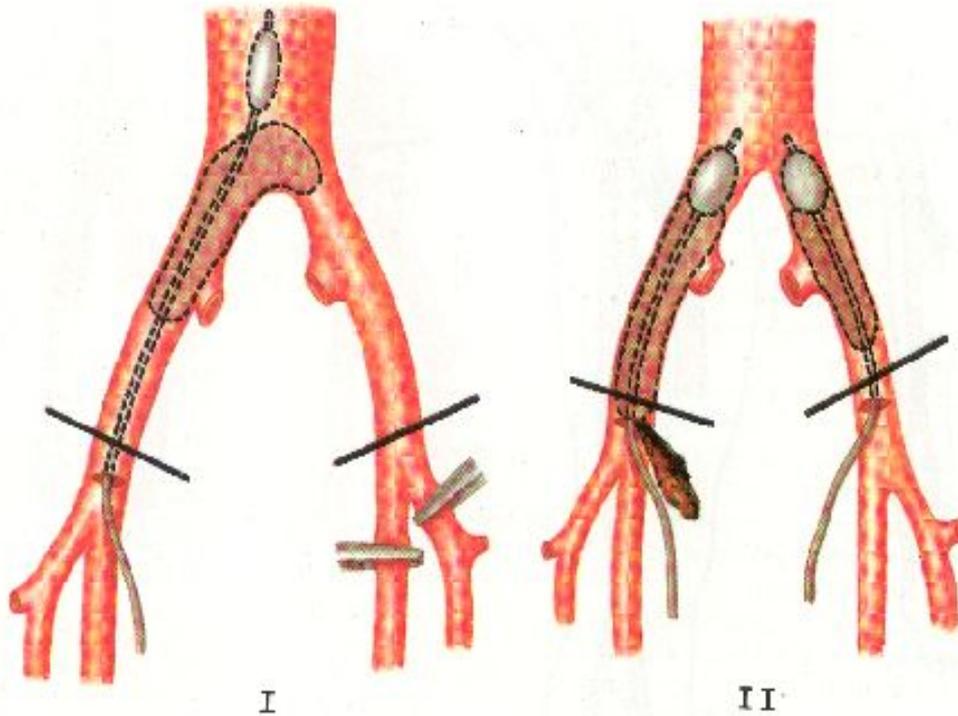
Последовательность осмотра пациента

- Жалобы.
- Анамнез.
- Оценка клинической картины (!!!
ПУЛЬСАЦИЯ).
- Специальные исследования.

Тактика хирургического лечения острой артериальной непроходимости

Степень ишемии	При эмболии	При тромбозе
ИН	Эмболэктомия, может быть отсрочена на 24 часа	Тромбэктомия + реконструктивная операция, может быть отсрочена на 7 суток
Ишемия I А	Эмболэктомия, может быть отсрочена на 24 часа	Тромбэктомия + реконструктивная операция, может быть отсрочена на 7 суток
Ишемия I Б	Эмболэктомия, экстренная	Тромбэктомия + реконструктивная операция, может быть отсрочена на 48 часов
Ишемия II А	Эмболэктомия, экстренная	Тромбэктомия + реконструктивная операция, может быть отсрочена на 24 часа
Ишемия II Б	Эмболэктомия, экстренная	Тромбэктомия + реконструктивная операция, экстренно
Ишемия III А	Эмболэктомия + фасциотомия, экстренно	Тромбэктомия + фасциотомия, реконструктивная операция, экстренно
Ишемия III Б	Эмболэктомия + фасциотомия, экстренно	Тромбэктомия + фасциотомия, реконструктивная операция, экстренно
Ишемия III В	Первичная ампутация	Первичная ампутация

Схема операции



Ретроградная эмболэктомия из бифуркации аорты (I) и подвздошных артерий(II) катетером Фогарти

Неспецифический аортоартериит

- системное заболевание аутоиммунного генеза, ведущее чаще всего к стенозированию аорты и магистральных артерий и развитию ишемии соответствующего орган.

Характерная особенность – поражение проксимальных сегментов отходящих от аорты ветвей, внутриорганные и дистальные отделы артерий, как правило, не поражаются.

Деструктивные изменения происходят исключительно в адвентиции и меди поражённого сосуда; изменения интимы носят вторичный (реактивный) характер.

1. Синдром общевоспалительных реакций
2. Синдром поражения ветвей дуги аорты
3. Синдром стенозирования торакоабдоминальной аорты, или коарктационный синдром
4. Синдром вазоренальной гипертензии
5. Синдром абдоминальной ишемии
6. Синдром поражения бифуркации аорты
7. Коронарный синдром
8. Синдром аортальной недостаточности
9. Синдром поражения лёгочной артерии
10. Аневризматический синдром

Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера) — системное иммунопатологическое воспалительное заболевание артерий и вен, преимущественно мелкого и среднего диаметра, с вторичными элементами аутоиммунной агрессии.

- Преобладают мужчины
- Важный фактор риска - КУРЕНИЕ
- Мигрирующий тромбофлебит
- Как правило поражаются дистальные артерии н/к, наиболее часто артерии голени, иногда вовлекаются дистальные сегменты артерий верхних конечностей
- Характерно вовлечение в процесс глубокой артерии бедра
- Висцеральные ветви и ветви дуги аорты вовлекаются казуистически редко
- Редко вовлекается инфраренальный отдел, более типично – общая и наружная подвздошные артерии

Дистальный тип (60-65% от общего числа), характеризуется облитерацией артерий малого диаметра (стопа, голень, кисти, предплечье).

Проксимальный тип (15-20%), поражение артерий среднего и крупного диаметра (бедренная, подвздошная, аорта).

Смешанный тип (15-20%), сочетание двух первых типов поражения.

Болезнь Рейно - относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол.



Выделяют 3 основные стадии заболевания:

- **ангиоспастическую** (кратковременные спазмы сосудов концевых фаланг 2-3 пальцев кисти или 1-3 пальцев стопы; спазм быстро сменяется расширением сосудов с покраснением кожи, потеплением пальцев);

- **ангиопаралитическую** (кисть и пальцы приобретают цианотичную окраску, отечность и пастозность пальцев);

- **трофопаралитическую** (склонность к развитию панарициев и язв, очаги поверхностного некроза мягких тканей концевых фаланг, после отторжения — длительно незаживающие язвы).

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН)

– клинический синдром, обусловленный неспособностью венозной системы обеспечивать нормальный адекватный кардиопетальный кровоток, оптимальное состояние микроциркуляции и клеточного метаболизма в дренируемых тканях

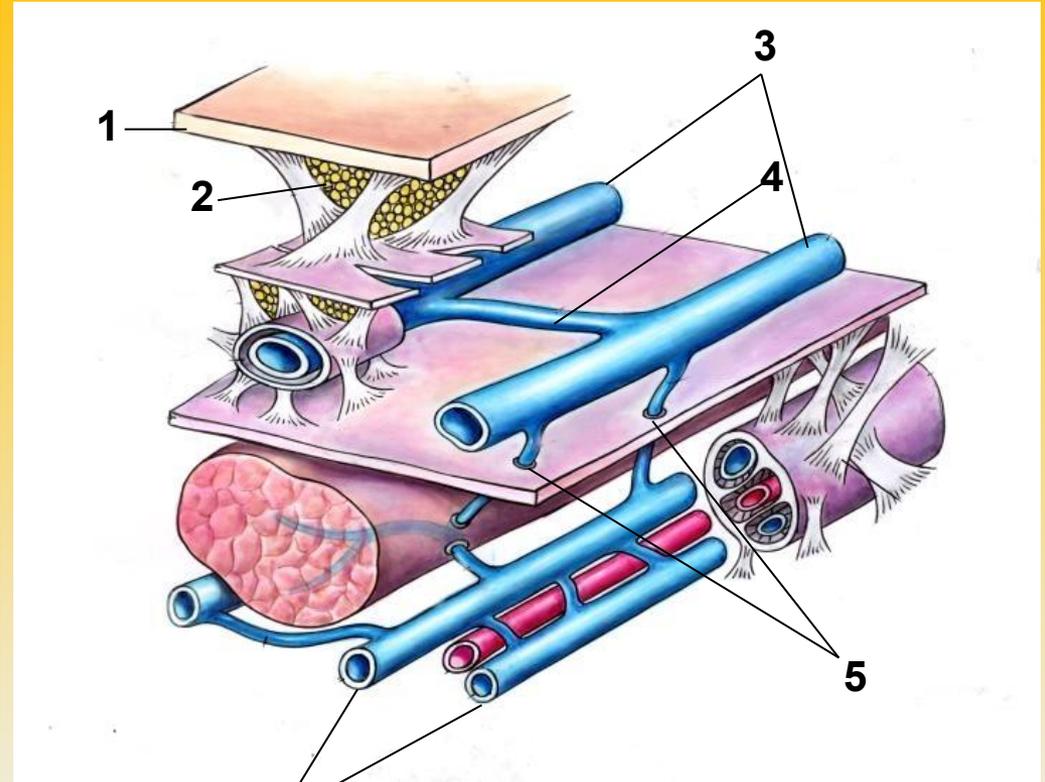
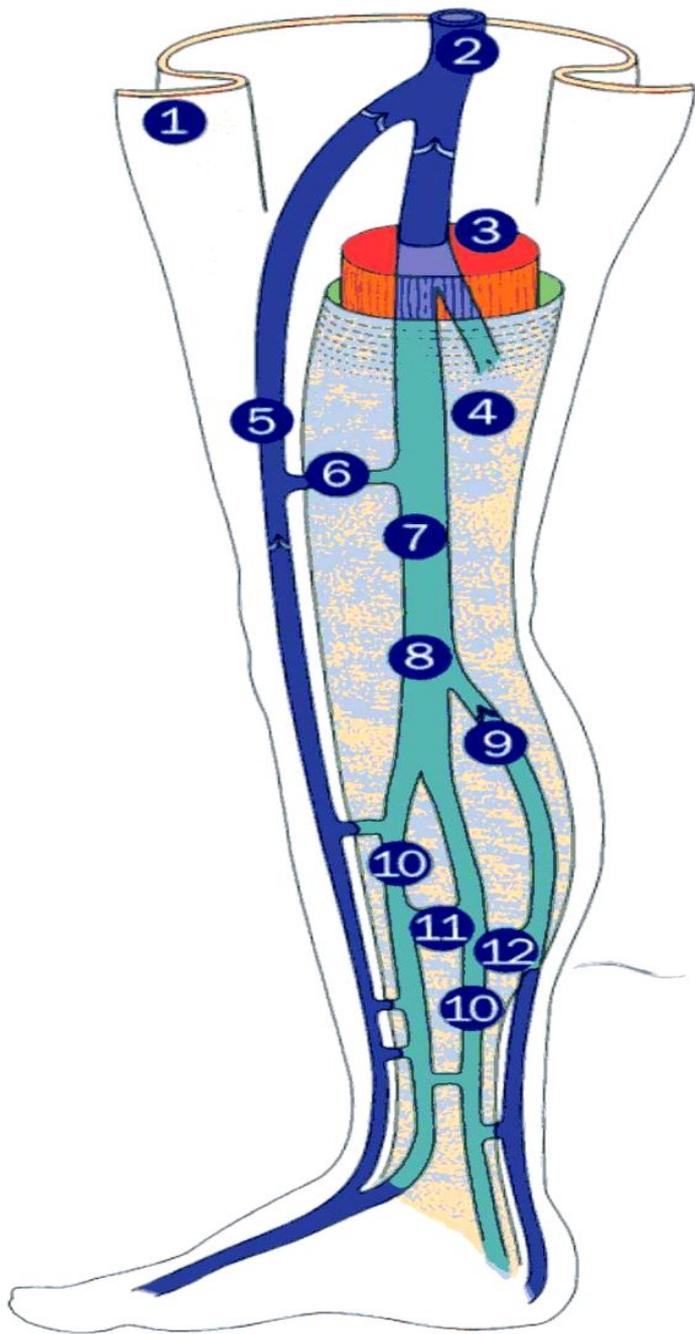
Москва, 2004, Конференция АФР

Варикозная болезнь
нижних конечностей

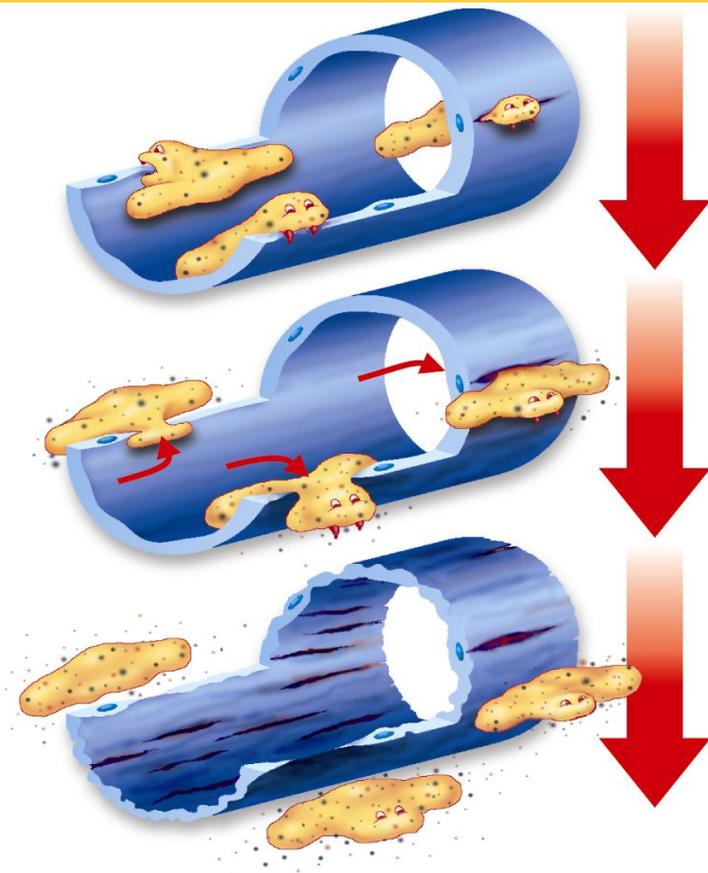
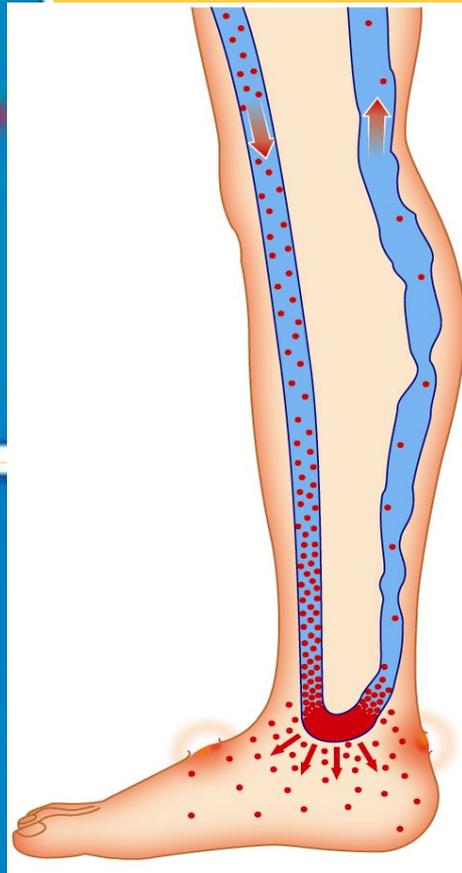
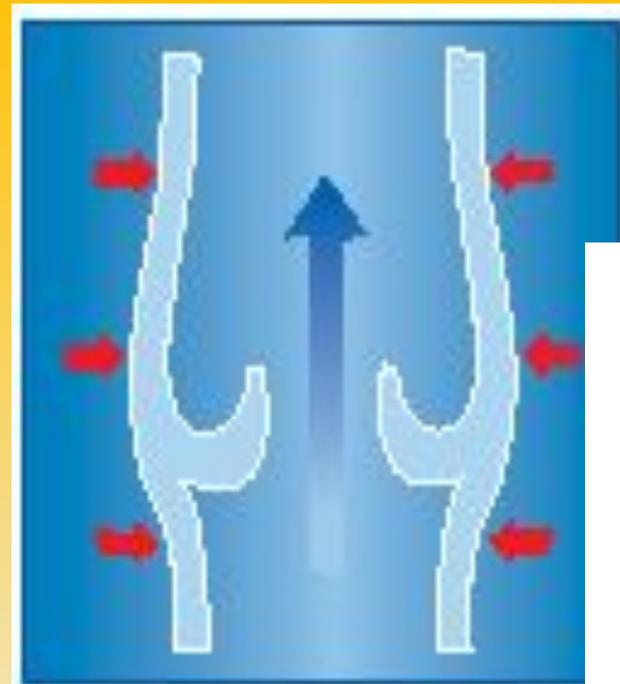
Посттромбофлебитическая
болезнь/синдром нижних
конечностей

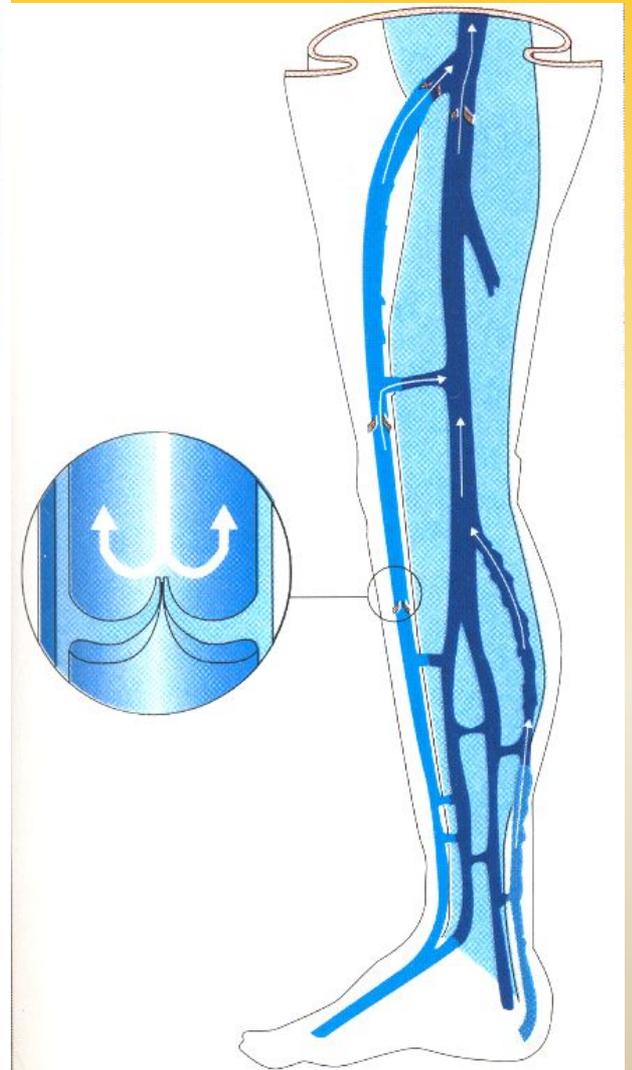
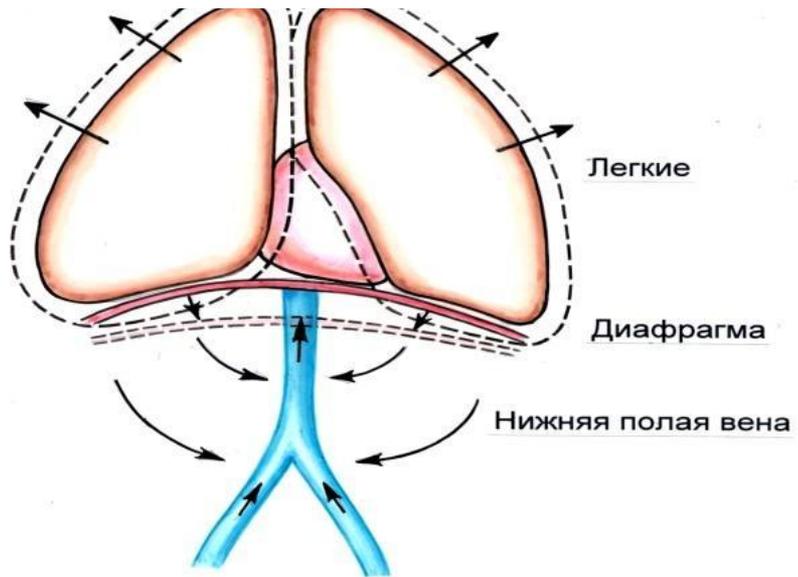
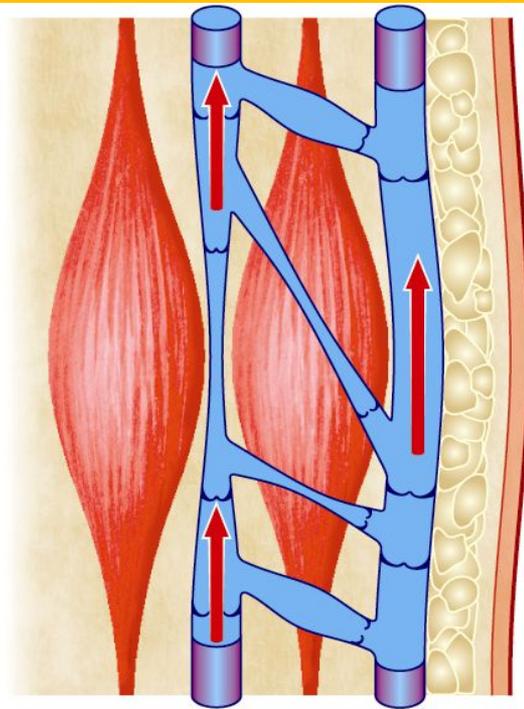
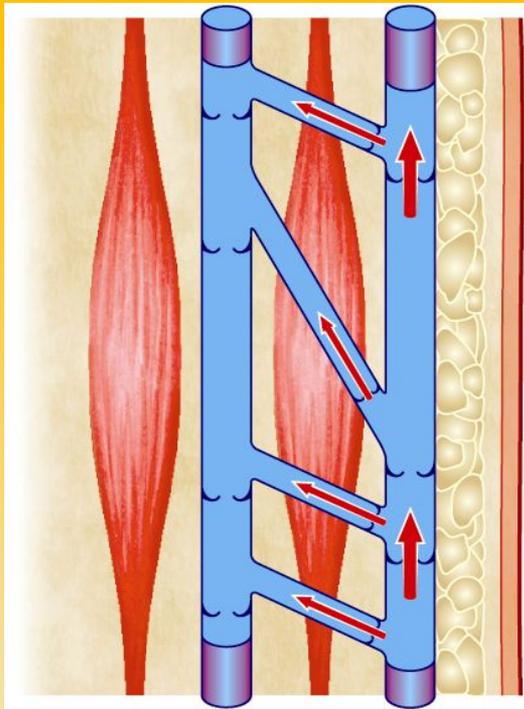
Флебопатии

Ангиодисплазии



Патогенез ХВН





Распространенность ХВН среди взрослой популяции (% женщины / % мужчины)



Общие черты

- Рост частоты (увеличение продолжительности жизни)
- Омоложение патологии
- Относительное уменьшение частоты тяжелых случаев

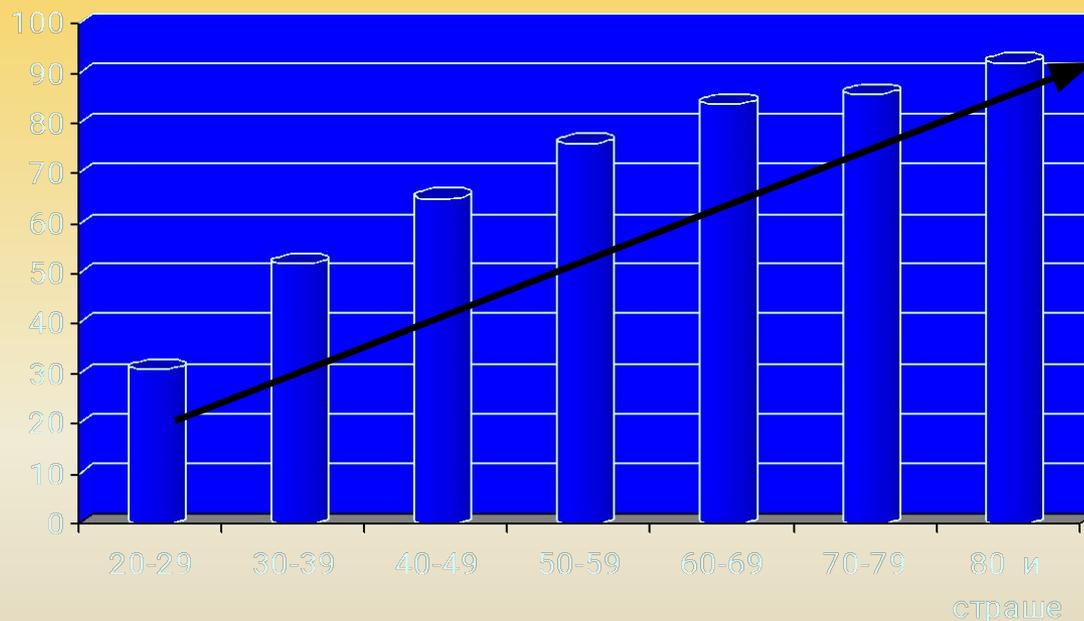
Хроническая венозная недостаточность – болезнь каждой 4-ой женщины и каждого 7-ого мужчины

В России различными формами ХВН страдает более 35 млн.

По некоторым данным: около 70% пациентов с ХВН не получают лечение

ХВН - прогрессирующее заболевание ,

Распространенность
ХВН, %



возраст

с возрастом риск развития ХВН увеличивается !

Варикоз у родителей ...



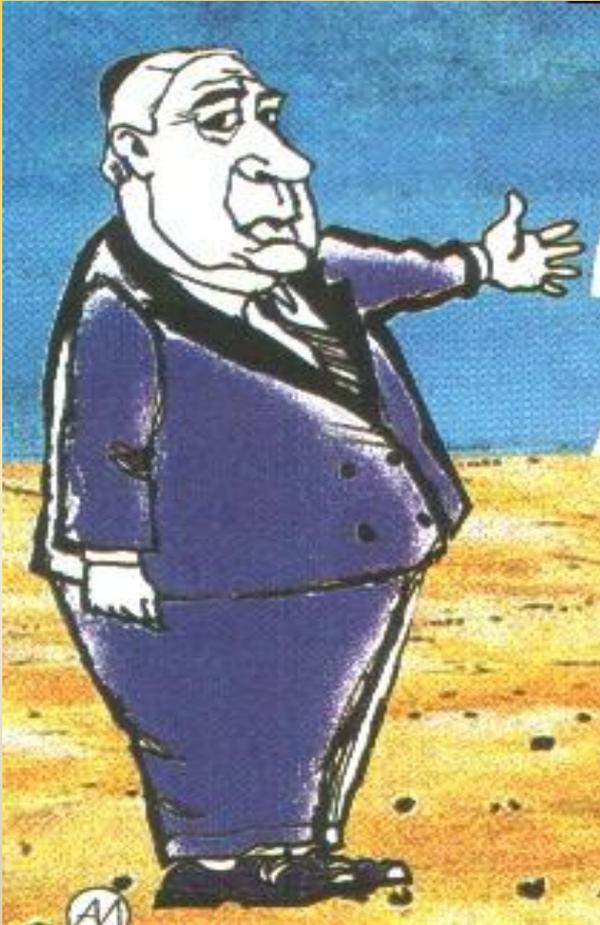
.....в 3.5 раза
увеличивает риск
развития ХВН !

У женщин риск развития ХВН -



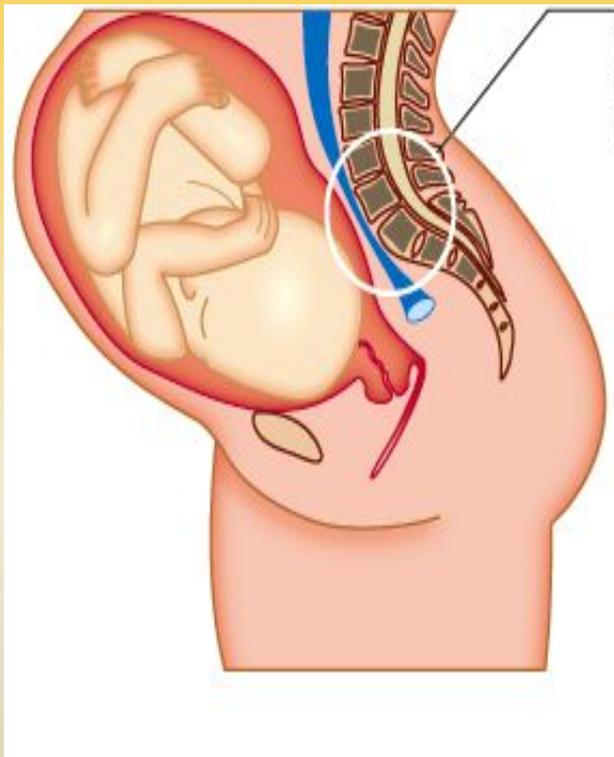
....в 4 раза
выше чем
у мужчин !

Ожирение (ИМТ более 29 кг/м^2)



....в 2.3 раза
увеличивает риск
развития и
прогрессирования
ХВН !

Знаете те ли Вы ...



...что даже одни роды увеличивают вероятность развития ХВН у женщин на 40%, вторые роды на 50%

При рождении третьего ребенка риск ХВН увеличивается в 2.5 раза !

У хирургов, медицинских сестер,
риксмахеров, продавцов



... и представителей других
профессий, которые
вынуждены работать стоя

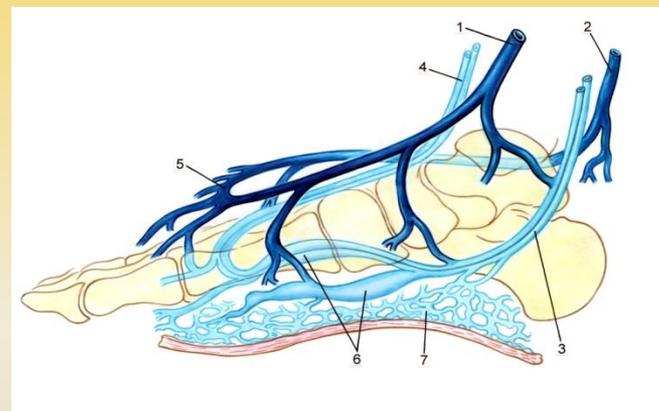
риск развития ХВН в 2
раза выше, чем в
популяции !



Знаете те ли Вы, что

Гормонзаместительная терапия

Запоры



Плоскостопие

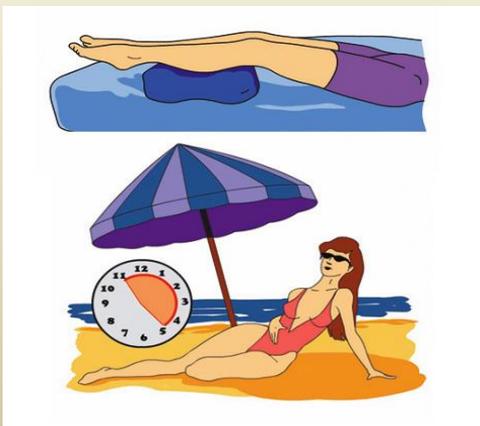
значительно повышают риск развития ХВН ?



- ✓ Исключить горячие ванны, баню и сауну
- ✓ Ежедневный гигиенический и контрастный душ
- ✓ Уход за кожей ног и ногтями
- ✓ Профилактика запоров
- ✓ Безопасная эпиляция



- ✓ Регулярная гимнастика, длительные прогулки, легкий бег и плавание
- ✓ Не сидеть закинув ногу на ногу
- ✓ Избегать длительных статических нагрузок
- ✓ Контролировать массу тела
- ✓ Не носить узкую и облегающую одежду
- ✓ Носить обувь на низком и среднем устойчивом каблуке



- ✓ Ограничить жирные, острые и соленые блюда
- ✓ Расширить рацион за счет сырых овощей и фруктов
- ✓ Употреблять в пищу хлеб из муки грубого помола с отрубями и гречку
- ✓ Растительное масло до 50 мл ежедневно
- ✓ Коррекция авитаминоза и недостаточности микроэлементов.

Стадии заболевания по классификации CEAP

C0s

Симптомы: боль, чувство отечности, тяжесть в ногах, зуд, судороги



C1a

Телеангиэктазии или ретикулярные вены

C1s

Телеангиэктазии или ретикулярные вены + симптомы



C2a

Варикозные вены

C2s

Варикозные вены + симптомы



C3a

Отек

C3s

Отек + симптомы



C4a

Изменения кожи (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз)

C4s

Изменения кожи + симптомы



C5a

Зажившая язва

C5s

Зажившая язва + симптомы



C6a

Открытая язва

C6s

Открытая язва + симптомы

Класс С1 по классификации СЕАР

(телеангиэктазии и ретикулярные вены)



Класс С2 по классификации

СЕАР (ВР



Класс С3 по классификации СЕАР
(отёк)



Класс С4 по классификации СЕАР (гиперпигментация)



Класс С4 по классификации СЕАР (липодерматосклероз, гиперпигментация)



Рис. 11. Гиперпигментация с гиперкератозом
в области медиальной лодыжки левой голени

**Класс С5 по
классификации СЕАР
(зажившая венозная
язва)**



**Класс С6 по
классификации СЕАР
(открытая венозная
язва)**

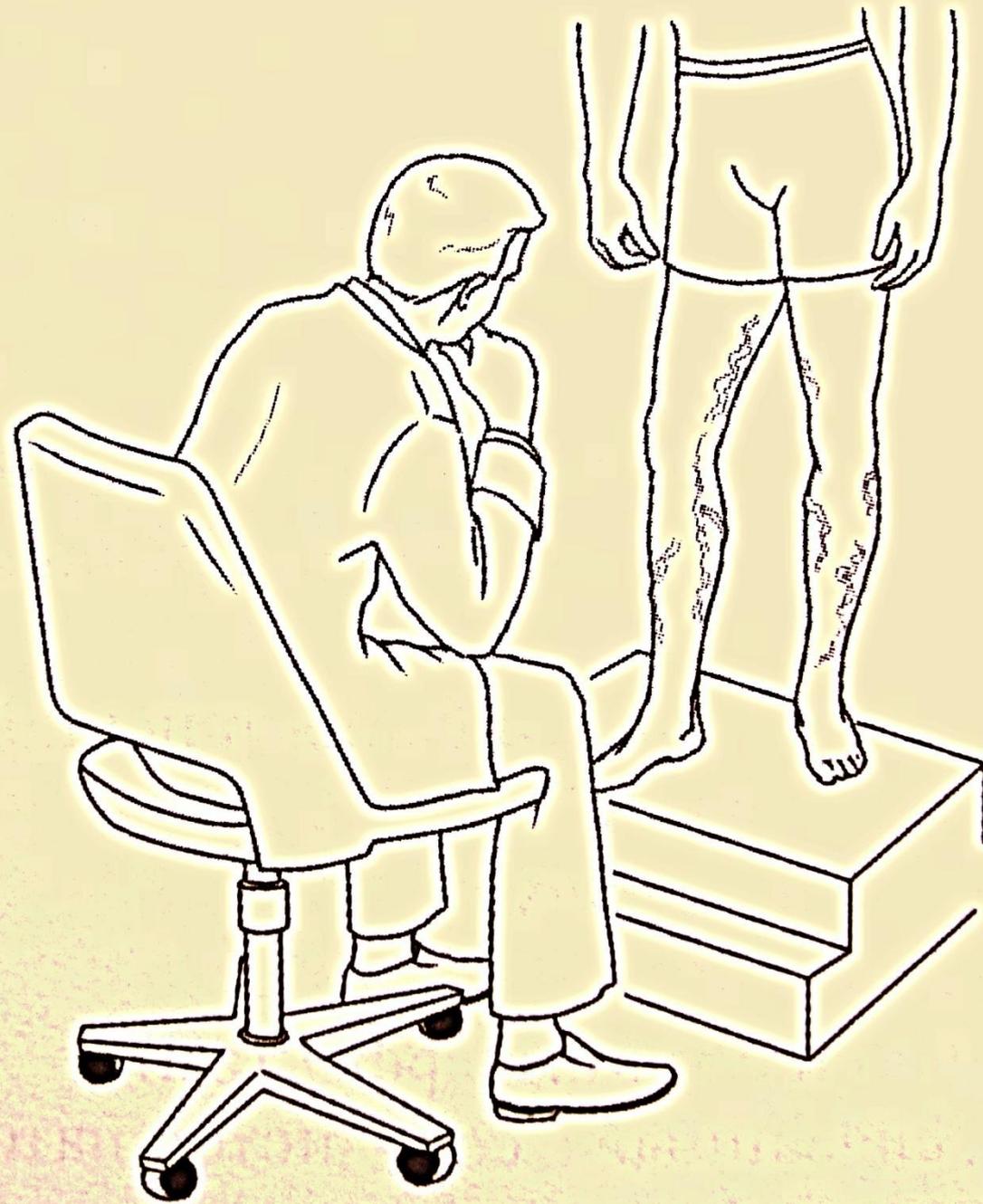


Задачи диагностических действий при хронических заболеваниях вен

1. Установление факта венозной патологии
2. Установление нозологического варианта венозной патологии
3. Консервативное или хирургическое лечение
4. Оценка эффективности лечения

Клиническое обследование подразумевает:

- учёт жалоб больного,
- целенаправленный сбор анамнеза,
- визуальную оценку проявлений



Инструментальная диагностика

Когда она необходима?

Не ясен диагноз

Не ясен характер лечения
(хирургическое или
консервативное)

Не ясен объем
хирургических
манипуляций

Задачи

Оценка состояния глубоких вен

*Оценка состояния сафено-
фemorального и сафено-
поплитеального соустьей*

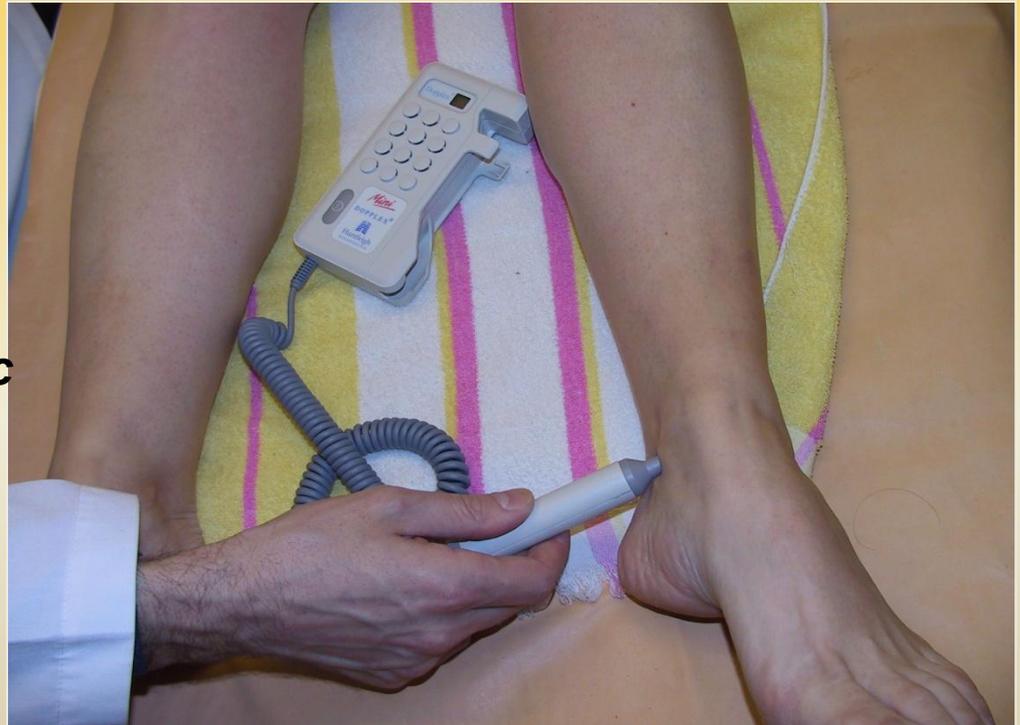
*Оценить состояние клапанного
аппарата подкожных стволов*

*Выявить недостаточные
перфорантные вены*

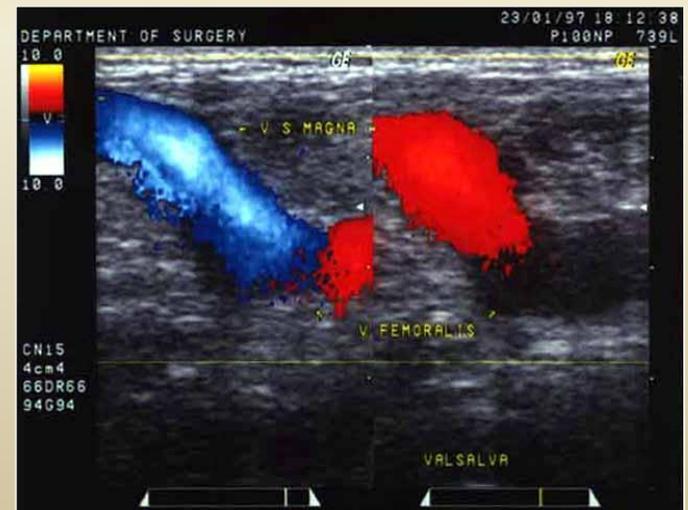
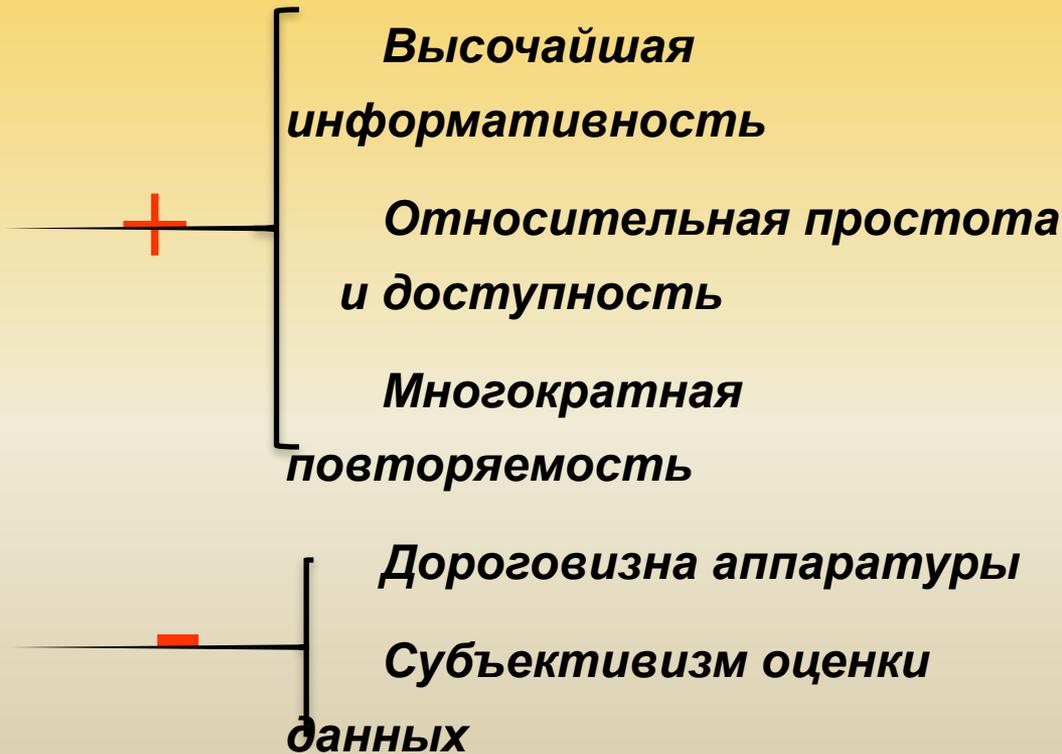
Ультразвуковая доплерография – метод скрининга

Простота
Доступность
Многokратная
повторяемость
Хорошая
информативность

«Слепой» метод
Субъективизм
оценки данных



Ультразвуковое ангиосканирование – основной метод диагностики



Рентгеноконтрастная флебография



Принципы консервативной терапии ХВН

- Патогенетическая обоснованность,
- Безопасность,
- Доказательность.

Уровень рекомендаций	
A	- большие рандомизированные контролируемые исследования - мета-анализ гомогенных результатов.
B	- небольшие рандомизированные контролируемые исследования
C	- нерандомизированные контролируемые исследования
D	- открытые исследования
E	- мнение экспертов - анализ историй болезни - единичные клинические наблюдения.

**Эластическая
компрессия
– уровень
рекомендаций А, В**

Это первое назначение, которое должен сделать врач пациенту с ХВН!

ЭФФЕКТЫ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ

- ✓ Нормализация венозного оттока
- ✓ Восстановление дренажа лимфы
- ✓ Улучшение микроциркуляции
- ✓ Лечение и профилактика трофических нарушений
- ✓ Предупреждение тромбозмболических осложнений

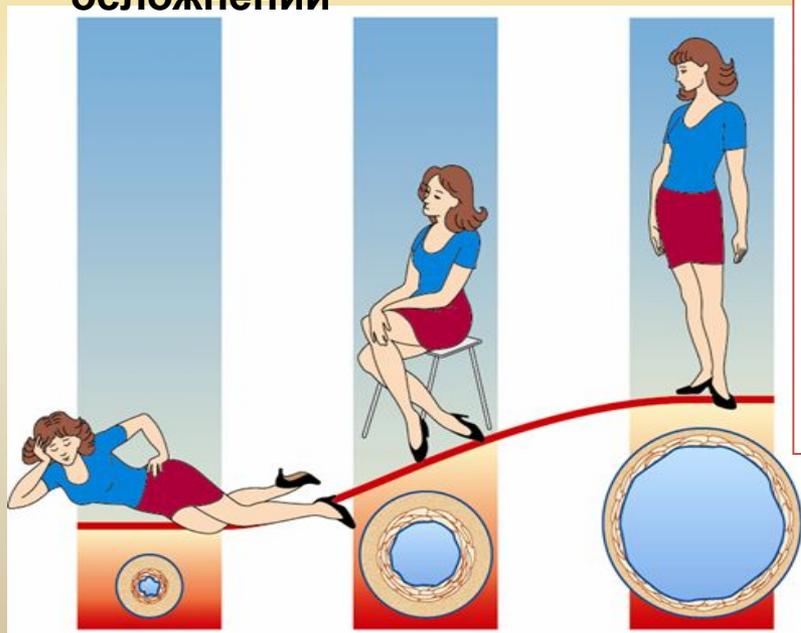
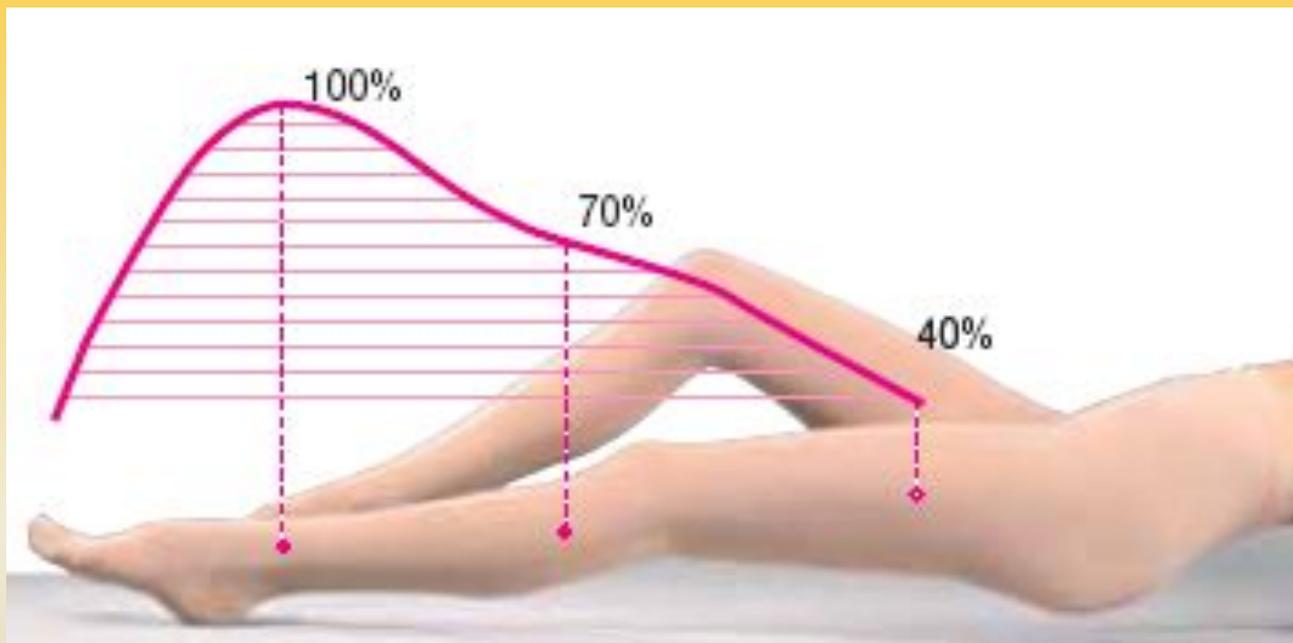
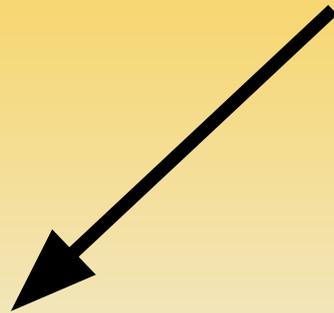


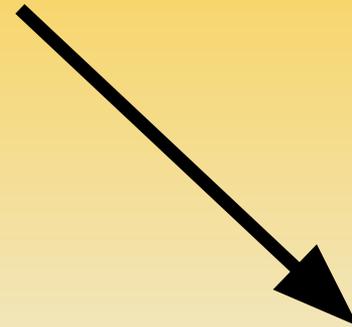
Схема распределения давления



Средства осуществления постоянной эластической компрессии



Медицинские
эластичные
бинты

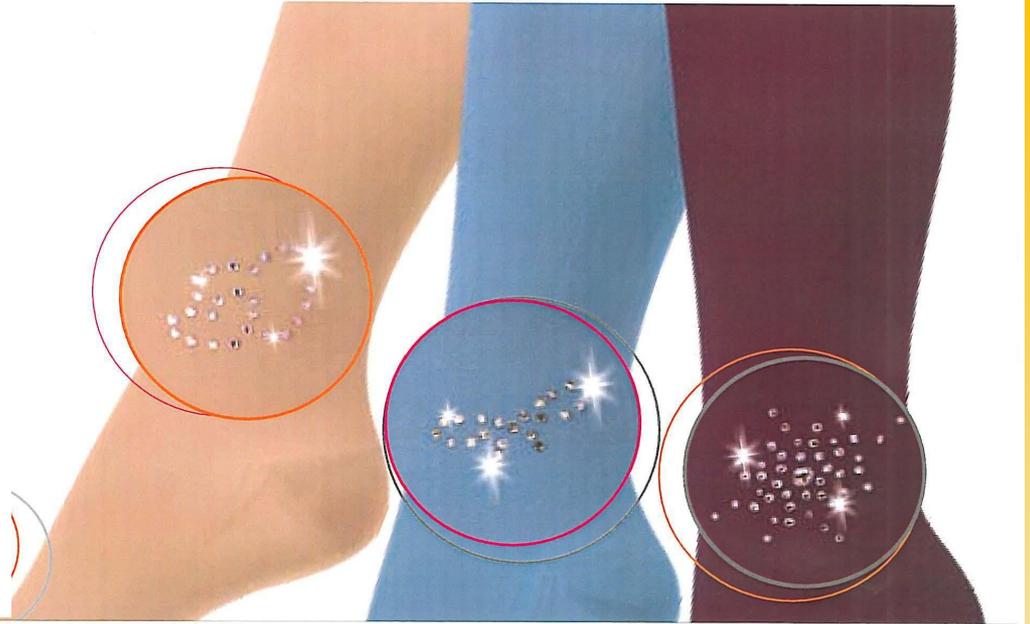


Медицинский
компрессионный
трикотаж

ЭЛАСТИЧЕСКИЕ БИНТЫ	КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ
Широкий диапазон давления, определяется техникой бинтования	Широкий выбор размеров и видов изделий позволяет осуществить адекватную компрессию
Требуют врачебного участия в наложении биндажа и/или обучение пациента его технике	Участие врача ограничено подбором степени компрессии и вида изделия
Эффективны при открытых трофических язвах голени, остром индуративном целлюлите и других осложнениях ХВН	Противопоказан при открытых трофических язвах и остром воспалении мягких тканей голени
Не обеспечивают достаточную лечебную компрессию бедра	Чулки и колготы обеспечивают адекватную компрессию бедра
Могут применяться при нестандартной форме конечности (слоновость, врождённые деформации)	При нестандартной форме конечности может быть изготовлен на заказ, что существенно повышает его стоимость
Допускают использование различных мазей и гелей	С мазями и гелями могут использоваться только изделия из натуральных волокон – каучука и хлопка
Требуют частой замены (обычно после 2-3 стирок)	Гарантия сохранения компрессии в течение 6 месяцев (стандарт RAL)
Могут приводить к нарушениям водного и температурного баланса кожи	Обеспечивает нормальный температурный и водный баланс кожи
Имеют низкие эстетические свойства	Обладает высокими эстетическими свойствами

Показания к применению компрессионного трикотажа

КОМПРЕССИОННЫЙ КЛАСС	ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ
Профилактический трикотаж (< 18 мм.рт.ст.)	Предупреждение ХВН в группах риска
1 класс (15-21 мм.рт.ст.)	Начальные проявления ХВН (синдром «тяжёлых ног», ретикулярный варикоз, телеангиоэктазии)
2 класс (23-32 мм.рт.ст.)	Варикозная болезнь, ХВН у беременных, состояние после склеротерапии или хирургической операции, профилактика и лечение варикотромбофлебита
3 класс (34-46 мм.рт.ст.)	Лечение тромбоза глубоких вен, посттромбофлебитическая болезнь, тяжёлая лимфовенозная недостаточность)
4 класс (> 49 мм.рт.ст.)	Лимфедема, врождённые аномалии венозной системы

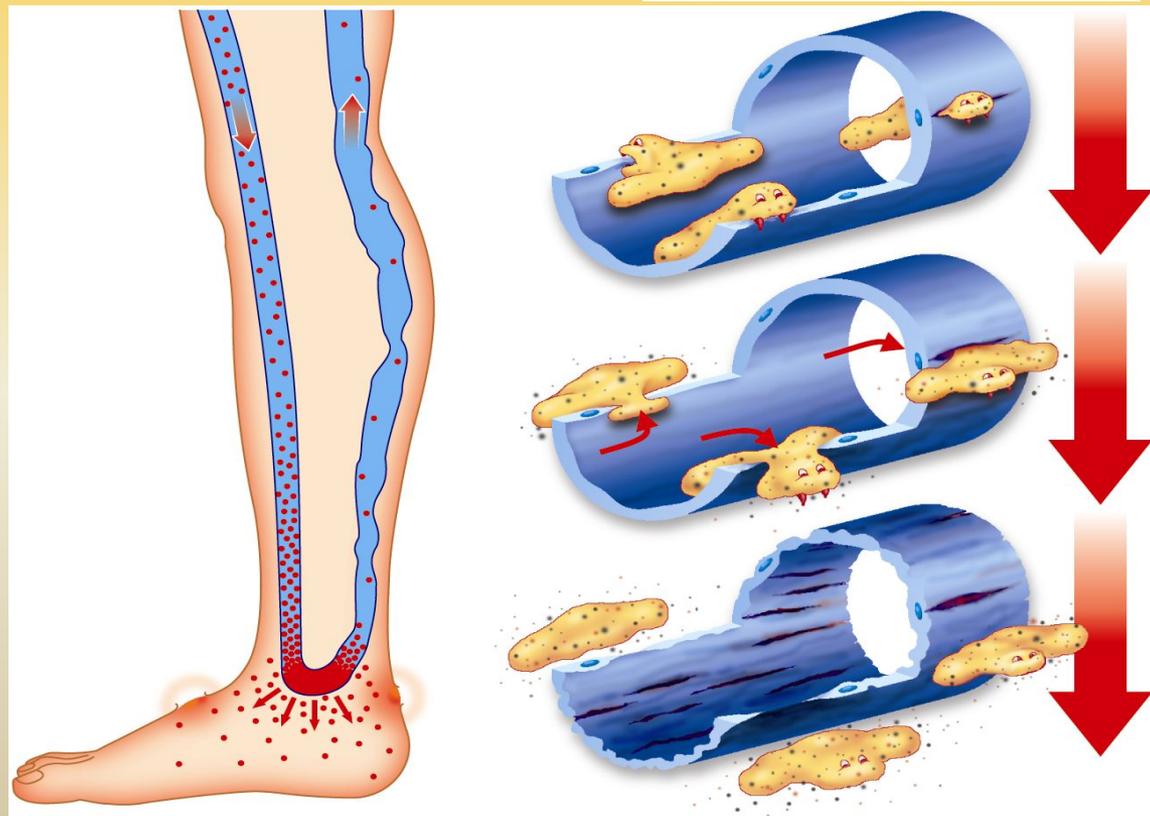
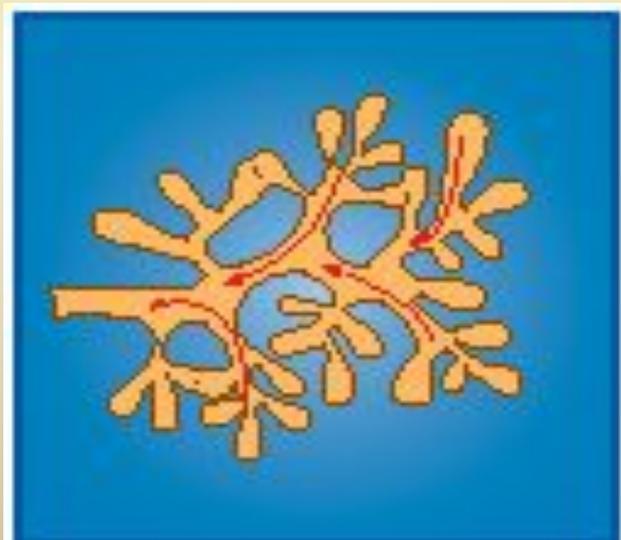
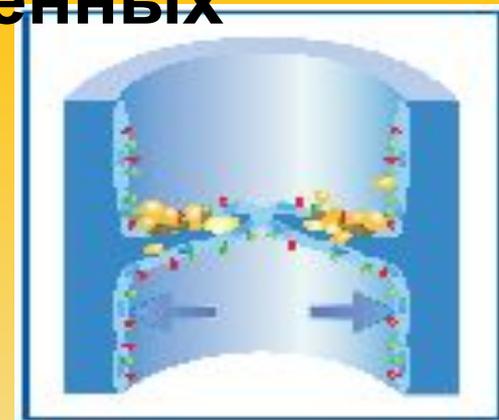
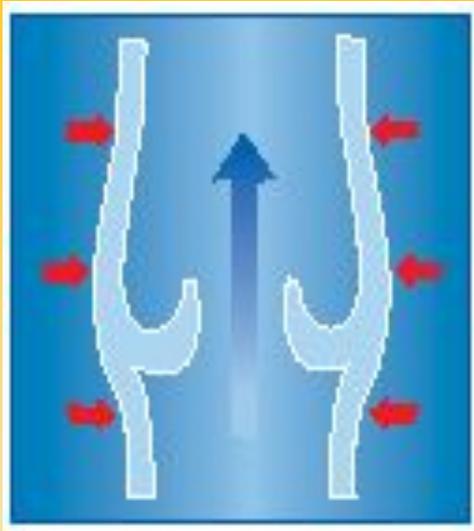




Противопоказания для компрессии

- ✓ дерматиты
- ✓ мокнущие экземы
- ✓ рожа
- ✓ инфицированные трофические язвы
- ✓ тяжелые формы сердечной недостаточности
- ✓ патология периферических артерий со снижением плечелодыжечного индекса ниже 0,8
- ✓ острый распространённый флеботромбоз с недостаточными коллатеральями

Точки приложения современных флебопротекторов



Антистакс	2 капсулы натошак
Детралекс	1 таблетка 2 раза в день или 2 таблетки в день однократно после еды
Флебодиа 600, вазокет	1 таблетка 1 раз в сутки после еды
Венорутон	1000 – 3500 мг после еды
Троксевазин	1 (300 мг) таблетка 3 раза в сутки
Эскузан	100-120 мг инициальная доза, 60-80 мг поддерживающая доза
Анавенол	2 драже 3 раза в день 7 дней, далее 1 драже 3 р.д.
Добелизат кальция	1000-1500 мг 2 раза в день
Гливенол	800 мг/сут (!венозная экзема)

Симптомы ХВН

- Чувство тяжести
- Чувство жара
- Боль
- Судороги
- Отеки
- Трофические язвы до 10 см²

Чувства тяжести и жара

Детралекс	А
Антистакс	В
Венорутон	-
Троксевазин	С
Гинкор-форт	В
Флебодиа	В
Добелизат кальция	-

Боль

Детралекс	A
Антистакс	A
Венорутон	-
Троксевазин	C
Гинкор-форт	B
Флебодиа	B
Добелизат кальция	-

Судороги

Детралекс	В
Антистакс	С
Венорутон	-
Троксевазин	С
Гинкор-форт	В
Флебодиа	С
Добелизат кальция	-

Отёк

Детралекс	A
Антистакс	A
Венорутон	A
Троксевазин	B
Гинкор-форт	C
Флебодиа	C
Добелизат кальция	A

Трофические язвы до 10 см²

Детралекс	A
Антистакс	-
Венорутон	-
Троксевазин	-
Гинкор-форт	C
Флебодиа	-
Добелизат кальция	-

СИМПТОМ	ДЕТРАЛЕКС
Чувство тяжести	A
Чувство жара	A
Боль	A
Отёк	A
Трофические язвы до 10 см ²	A
Судороги	B

ДЕТРАЛЕКС
уровень
доказательности
A

Венотоник может назначить врач любой специальности

- первичное обращение с венозными жалобами
- обязательно при острых состояниях
- предоперационная подготовка за 2-4 недели
- послеоперационная реабилитация 2 месяца
- курсами пациентам с сахарным диабетом или пациентам старшей возрастной группы по 2 месяца 2 раза в год

Детралекс – уникальная микронизированная форма



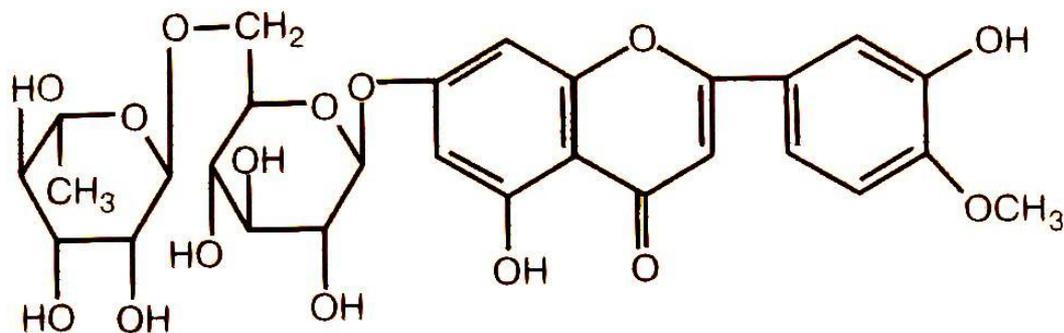
Максимальная
абсорбция
в ЖКТ



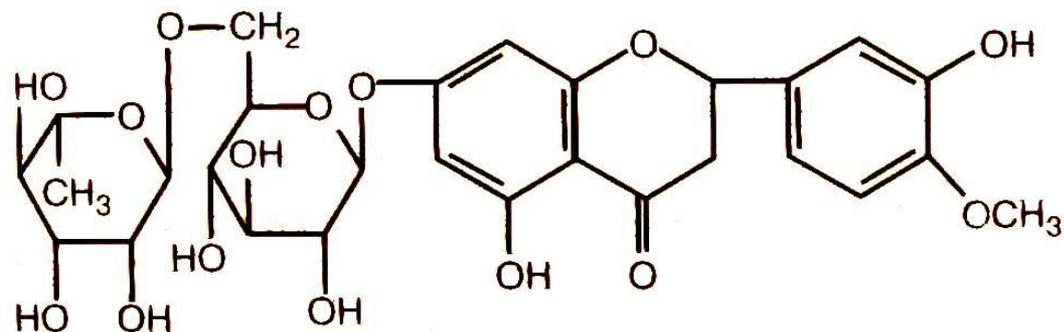
Большая
клиническая
эффективность

«Детралекс лучше снижает проницаемость, чем только диосмин. Флавоноиды, входящие в состав препарата, усиливают действие друг друга...»

Paysant J., Sansilvestri-Morel P., Bouskela E., Verbeuren T.J. Int. Angiol. 2008; 27: 81-85

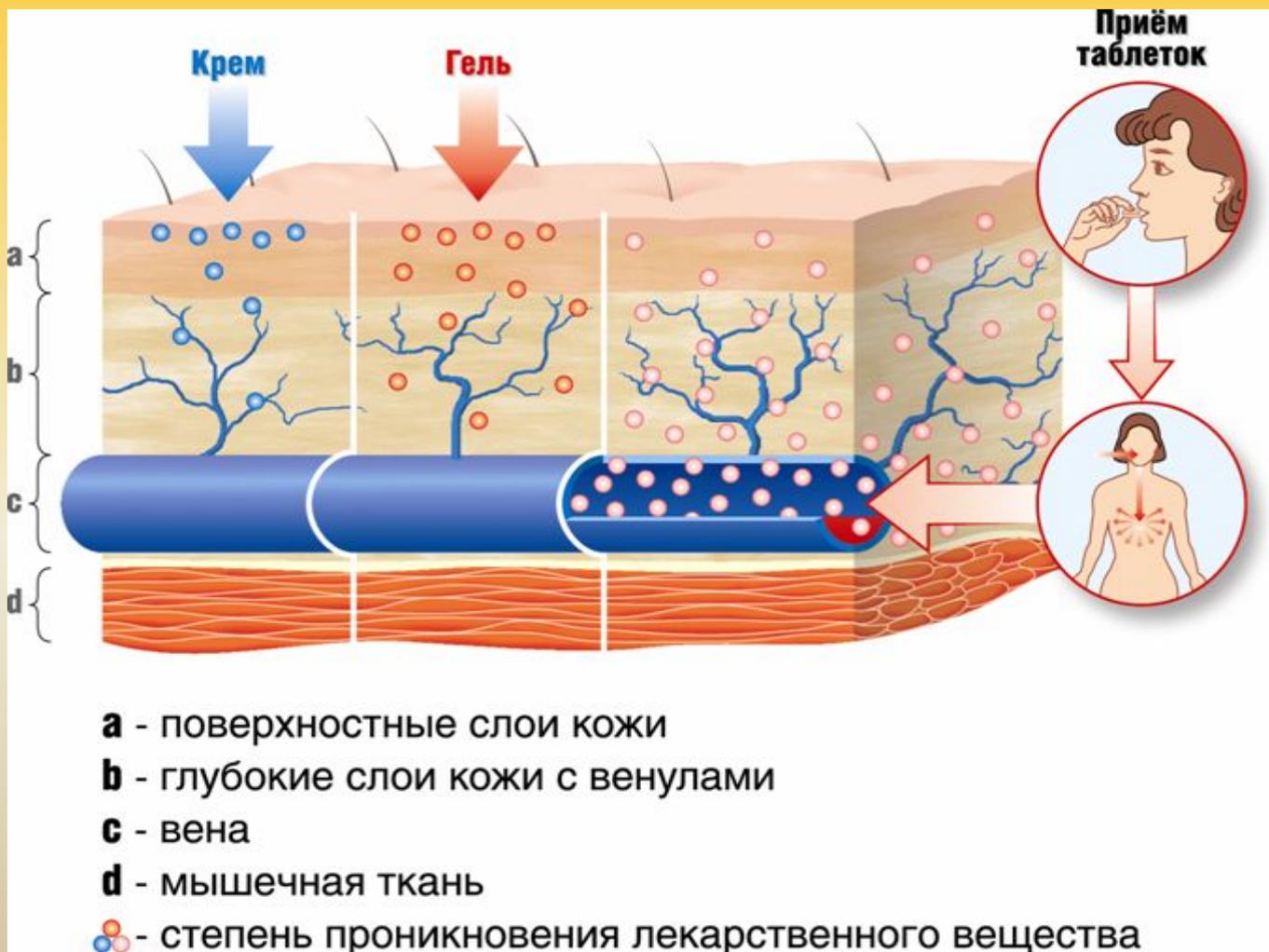


Диосмин



Гесперидин

Уровень рекомендаций по использованию местных лекарственных форм в качестве самостоятельного метода лечения ХВН низок и не превышает категории **D** и **E**



Топические средства (мази, гели)

- **Гепаринсодержащие (оптимально – 500-1000 МЕ гепарина в 1 г геля)**
- **На основе венотоников**
- **На основе НПВП (при варикотромбофлебите и остром индуративном целлюлите)**
- **Местные глюкокортикостероиды (при трофических нарушениях, экземе, дерматите)**

Не более 7-14 дней!

Фитотерапия

- **Брусника обыкновенная** (листья) - противоотечный эффект, дезагрегантное действие (НЖК)
- **Толокнянка обыкновенная** - дезинфицирующее, мочегонное действие.
- **Зверобой продырявленный** - уменьшает проницаемость капилляров (рутин)
- **Клюква четырехлепестная** - антитромбогенное действие (содержит витамин С, лимонную, бензойную, хинную, оманоловую, урсоловую кислоты)
- **Гречневая крупа** - противоотечное и противовоспалительное средство (рутин). Измельченная в муку, может быть назначена в натуральном виде по 1 столовой ложке в день



Острый венозный тромбоз

***Отек – внезапный,
нарастающий,
может охватывать всю
конечность***

Распирающие боли

Варикоз – редко

***Трофические расстройства –
редко***

Одностороннее поражение

Дифференциальная диагностика



Варикозная болезнь



ПТФБ

Лимфедема



Липедема



Тактика в зависимости от стадии СЕАР

Телеангиэктазии



Варикозное расширение вен



Отек



Трофические поражения



Зажившие язвы

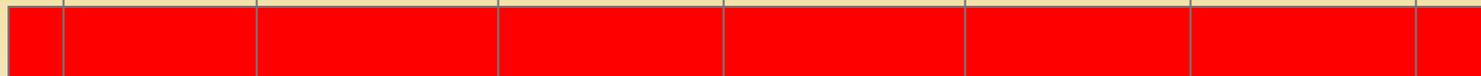


Открытые язвы

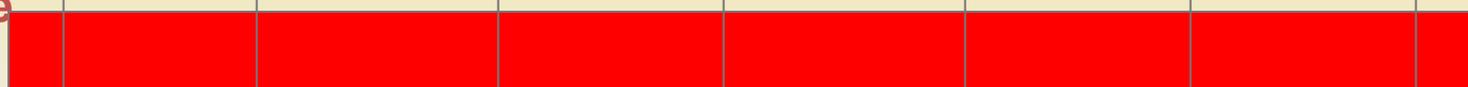


CO C1 C2 C3 C4 C5 C6

Коррекция образа жизни



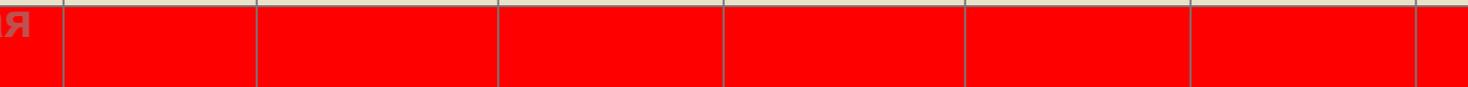
Поливалентные венотоники



Склеротерапия



Компрессионная терапия



Препараты местного действия



Хирургическое вмешательство

