

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Махмуджанова Мафтуна Рустамовна

студентка 3 курса лечебного факультета.

Научный руководитель : Хасанов Азиз Косимович

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино

Резюме: *Варикозная болезнь – представляет собой заболевание при котором поражается стенка и клапанный аппарат вены , что приводит , в конечном итоге , к хронической венозной недостаточности. Варикозная болезнь нижних конечностей является наиболее распространенной сосудистой патологией . Около 20% мужчин и 40% женщин страдает различными формами данного заболевания . Ежегодный прирост ВБНК достигает 2.5%.*

Ключевые слова: *ВРВНК, рефлюкс, дилатация, доплерография, дуплексного ангиосканирования, клапанный недостаточность, кроссэктомия, радиочастотная облитерация, стриппинг , суперклея, механохимическая облитерация, эндовенозная лазерная облитерация, склеротерапия, компрессионные чулки.*

Актуальность

Цель работы- использование новых технологических миниинвазивных хирургических методов в лечении болезни ХВН.

Этиология ВРВНК до сих пор остается невыясненной. Частота развития – не менее чем 20% от взрослой популяции.

Патогенез – несостоятельность венозных клапанов. Венозный рефлюкс и застой крови- начинает двигаться не только вверх , но вниз, повышается давление в венах(венозная гипертензия) и формируется венозный застой. Под действием повышенного давления – вена расширяется (дилатация), коллаген повышается (но менее качественный). Замкнутый патологический круг – расширение вены- ещё большее расхождение клапанов- усиление рефлюкса- ещё большее расширение. Процесс самоподдерживается. Ключевое звено патогенеза варикозного расширения вен нижних конечностей- рефлюкс крови.1- Рефлюкс по БПВ – это обратный поток крови длительностью более 0.5 секунды, регистрируемый при ультразвуковом дуплексном сканировании, возникающий при функциональных пробах (например , проба Вальсальвы или компрессия). Проба Вальсальвы используется для диагностики рефлюкса в БПВ . в норме- кровоток останавливается или не меняет направление. При патологии (рефлюкс) – проявляется обратный ток крови более 0.5 сек. Типы распространения рефлюксов по БПВ :

- 1- Проксимальный рефлюкс- рефлюкс распространяется до середины бедра.
- 2- Распространенный рефлюкс- рефлюкс до коленного сустава.
- 3- Субтотальный рефлюкс- рефлюкс до середины голени.
- 4- Тотальный рефлюкс- рефлюкс до лодыжки.

5- Локальный рефлюкс- рефлюкс изолирован участком ствола БПВ и притоком

6- Изолированный в притоке- рефлюкс определяется только в притоке БПВ.

2-Рефлюкс по малой подкожной вене. МПВ- проходит по задней поверхности голени и впадает в глубокую систему, обычно в подколенную вену. В норме кровь идёт снизу вверх. При рефлюксе – часть крови течёт обратно вниз. Это вызывает расширение вены, застой крови, симптомы ВРВНК.

3-Рефлюкс в латеральной системе вен.-« латеральный варикоз» от обычного варикозного расширения вен его отличает, во- первых, наличие выраженных варикозно расширенных вен на передне-латеральной поверхности бедра, во-вторых отсутствие симптоматики, характерной для венозной недостаточности. В большинстве случаев, пациентов беспокоят только косметический недостаток и страх перед возможным развитием осложнений. Редко рецидивирует после хирургического лечения.латеральный варикоз мы разделяем на два типа :

1. Тип- БПВ как источник рефлюкса.

2. Тип – перфоранты задне- латеральной поверхности бедра, как источник рефлюкса.

4-Рефлюкс по перфорантным венам – это патологический ток крови через вены, которые соединяют поверхностную и глубокую венозные системы. В норме кровь идет из поверхностных вен в глубокую. При рефлюксе – наоборот из-за несостоятельности клапанов. Чаще всего , рефлюкс по перфорантным венам встречается :

- медиальная поверхности голени (перфоранты Коккетта)
- область колена (перфоранты Бойда)
- бедро (перфоранты Додда)

Клиническая проявления заболевания зависит от стадии варикозной болезни. Некоторые пациенты еще до появления визуальных признаков заболевания предъявляют жалобы на тяжесть в ногах , повышенную утомляемость , локальные боли в области голени. Признаки нарушения венозного оттока отсутствуют. Нередко заболевание в стадии компенсации протекает бессимптомно и больные не обращаются к врачу. При осмотре конечностей , может выявляться локальное варикозное расширение вен, чаще всего в верхней трети голени. Расширенные вены мягкие , хорошо спадаются, кожа над ними не изменена. Пациенты с варикозом в стадии субкомпенсации жалуются на – преходящие боли , отеки возникающие при продолжительном пребывании в вертикальном положении и исчезающие в положении лежа. Больные с варикозом в стадии декомпенсации предъявляют жалобы на – постоянную тяжесть в ногах , тупые боли, кожный зуд , ночные судороги, трофический расстройств, при внешнем осмотре выявляется выраженное расширение вен и глобальное нарушение венозной гемодинамики.

УЗ- диагностика

УЗ-диагностика –при ВРНК это комплексное исследование вен нижних конечностей с использованием доплерографии и дуплексного ангиосканирования, направленное на выявление нарушений венозного кровотока, клапанной недостаточности и проходимости вен.

1. Особенности анатомии.
2. Характер поражения сосудов.
3. Патологический рефлюкс: наличие, локализация, распространение.

Лечения

Кроссэктомия – это хирургическая операция, при которой выполняется перевязка и пересечение подкожной вены в месте её впадения глубокую венозную систему с одновременной перевязкой всех притоков в этой зоне. Зависит от вены:

1. При БПВ – в паху (сафено-феморального соустья)
2. При МПВ- в подколенной области (сафено-поплитеальное соустье) цель операции:
 - устранить патологический рефлюкс.
 - предотвратить сброс крови из глубоких вен в поверхностные
 - остановить прогрессирование варикозной болезни. Это наиболее важный этап современной флебэктомии – наименее травматичным и в то же время наиболее косметичным является разрез по паховой складке.

Стриппинг – (удаление ствола подкожной вены) – самая травматичная часть комбинированной флебэктомии. Наименее травматичным является инвагинационный стриппинг, когда вена выворачивается наподобие чулка.

Радиочастотная облитерация – метод основан на введении в вену специального электрода, который разогреваясь до температуры в 120 градусов, в течение 20 секунд (1 цикл) равномерно разогревает стенку вены до 85-90 °C. Метод основан на введении в вену специального катетера, который излучает электромагнитные волны мощностью 2-4 Вт. При этом полярные молекулы воды, поглощая электромагнитную энергию, переводят её в энергию тепла, нагревая равномерно интиму венозной стенки до 85-90 °C.

Суперклей – не предусматривает ни анестезии, ни разрезы, ни компрессии. Врач под УЗ- контролем вводит клей, который полимеризуется в твердый материал. Этот материал затем не рассасывается.

Механохимическая облитерация – вариант катетерной склерооблитерации, при которой происходит механическое раздражение стенки вены, на который она отвечает сильным спазмом.

Эндовенозная лазерная облитерация – это малоинвазивный метод лечения варикозной болезни, при котором пораженная вена закрывается изнутри с помощью лазерной энергии, введенной через тонкий световод под контролем УЗИ. Метод основан на термическом воздействии на стенку вены излучения лазера.

Удаление варикозно расширенных притоков – склеротерапия – это метод лечения варикозной болезни вен, при котором в просвет патологически измененной вены вводится специальный препарат (склерозант), вызывающий асептическое воспаление, последующее склеивание (облитерацию) и выключение вены из кровотока.

Микросклеротерапия – методика удаления ретикулярных вен, «сосудистых звездочек» с помощью инъекций специального препарата, вызывающего «склеивание» мелких сосудов с последующим исчезновением нежелательных проявлений. Сосудистые

звездочки или телангиоэктазии не являются варикозной болезнью и не требуют обязательного лечения.

ЭХО- контролируемая микропенная склеротерапия магистральных подкожных вен. Этот метод лечения варикоза, при котором : в вену вводят склерозант в виде пены. Все проводится под контролем УЗИ (ЭХО) . Цель- «закрыть» больную вену. Пена- вытесняет кровь из вены, повреждает внутреннюю стенку, вызывает « склеивание» вены и со временем вена превращается в соединительную ткань и исчезает.

Эндовенозная термооблитерация – (ЭВЛО и РЧО) – безопасные и эффективные методы и рекомендуются для устранения несостоятельности подкожных вен. Из-за сокращения послеоперационного восстановительного периода и уменьшения болевого синдрома эндовенозная облитерация более рекомендована для устранения несостоятельности подкожных вен, чем комбинированная флебэктомия.

Компрессионные чулки- это специальный медицинский трикотаж , создающий дозированное давление на ноги – это называется- градиентная компрессия. Компрессионные чулки работают за счёт:

- сужения просвета вен,
- улучшения работы венозных клапанов
- уменьшения венозного застоя
- ускорения венозного оттока
- снижения риска тромбозов Связано с процессом – венозный возврат.

Заключения

Современная концепция лечения ВРВНК претерпела существенную трансформацию и в настоящее время основывается на принципах доказательной медицины, минимальной инвазивности и гемодинамической обоснованности вмешательств . В ходе анализа установлено , что эндовенозные методы облитерации демонстрируют высокую клиническую эффективность с показателями окклюзии магистральных вен, достигающими 90-98% в среднесрочной перспективе, при одновременном снижении частоты послеоперационных осложнений и сроков реабилитации по сравнению с традиционной флебэктомией. Показано , что ключевым элементом оптимизации лечебной тактики является обязательное выполнение ультразвукового дуплексного сканирования с детальной оценкой источников венозного рефлюкса и анатомо-функциональных особенностей венозной системы. Применение стандартизированного диагностического алгоритма позволяет снизить частоту рецидивов, которая при неадекватной тактике может достигать 20-30% в отдалённые сроки наблюдения.

Современные методы позволяют добиться высокой эффективности , снижения травматичности , сокращения сроков реабилитации и улучшения качества жизни пациентов. Однако успех лечения во многом зависит от своевременной диагностики, соблюдения пациентом рекомендаций и профилактических мер

Таким образом , оптимальная стратегия лечения ВРВНК заключается в сочетании малоинвазивных вмешательств и консервативной терапии, направленных на патогенетические механизмы заболевания и индивидуальные особенности пациента.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Черных К.П., Кубачев К.Г., Семёнов А. Ю, Малышев К. В.- Современные методы консервативного и хирургического лечения пациентов с ВРВНК.
2. Золотухин И.А., Порембская О.Я, Сметанина М.А.- Варикозная болезнь : на пороге открытия причины ?
3. Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Абдурахманов З.М.- Современнык подходы к комплексному лечению хронической венозной недостаточности.
4. Раджабзода Р.С.и др – Современные хирургические методы лечения ВРВНК.
5. Бокерия Л.А., Михайличенко М.В, Коваленко В.И – Оптимизация хирургического лечения больных с ВРВНК.
6. Наумов.Е.К., Шалаева Т.И., Наумова Е.Е- Современные принципы лечения варикозной болезни.
7. Богачев , В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечности : современный взгляд на патогенез , диагностику и лечение
8. Шулутко, А.М. Варикозная болезнь: современные принципы лечения
9. Савельев, В.С.Болезни вен: Руководство для врачей
10. Покровский , А.В.Клиническая Ангиология.