

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Рецензия ДМН, профессора кафедры и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой Ольги Владимировны на реферат ординатора 2 года обучения специальности хирургия Вотиновой Елены Сергеевны по теме: «Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей»

Рецензия на реферат — это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов. Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: *15.10.20*

Подпись рецензента:

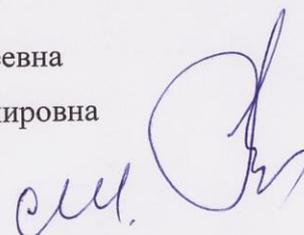
Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО

Реферат

Тема: Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей

Выполнила: ординатор 2 года Вотинова Елена Сергеевна
Проверила: ДМН, профессор Первова Ольга Владимировна



Красноярск, 2021 г.

Введение

По результатам различных медицинских статистических исследований в индустриально развитых странах (США, Великобритании, а также в России.) заболеваниями венозной системы нижних конечностей страдает до 20% населения, что определяет социальную значимость проблемы. К тому же необходимо учитывать, что в значительном числе случаев (около 1% населения) у больных развиваются осложненные формы венозной недостаточности, сопровождающиеся стойкой и длительной инвалидизацией пациентов

Следует различать хронические и острые заболевания вен нижних конечностей, а также их последствия. К хроническим состояниям относятся врожденные аномалии развития венозной системы, варикозное расширение подкожных вен, недостаточность перфорантных вен и клапанная недостаточность глубоких вен. Среди острых заболеваний выделяют острый тромбофлебит подкожных или глубоких вен. К последствиям последнего относится посттромбофлебитический синдром.

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей

Это самостоятельное заболевание (которое может сочетаться с другими заболеваниями вен или являться их следствием), имеющее прогрессирующее течение, вызывающее необратимые изменения в подкожных венах, коже, мышцах и костях. Внешние проявления характеризуются наличием расширенных и извитых вен на стопе, голени и бедре.

Точные причины этого заболевания не ясны.

Причины возникновения варикозной болезни изучали многие отечественные и зарубежные авторы. В принципе все существующие теории можно объединить в несколько групп. В первую группу (ее еще можно было бы обозначить как гемодинамическая группа, т.е. главное в пусковом моменте и развитии заболевания по мнению авторов это расстройства гемодинамики) вошли бы исследователи, которые считали, что варикозная болезнь возникает как следствие недостаточности клапанного аппарата поверхностной венозной

системы, во вторую группу вошли бы исследователи считающие, что главным пусковым моментом является механическое препятствие току крови (эту группу можно было бы обозначит как группа механистических взглядов на развитие варикозной болезни), в третью группу имеет смысл отнести исследователей, считающих, что варикозная болезнь развивается в следствии врожденной слабости элементов венозной стенки (это группа врожденной предрасположенности к варикозной болезни), в четвертую группу мы бы отнесли исследователе считающих главным в развитии варикозной болезни нейроэндокринных нарушений, в пятую иммунологические нарушения и аллергические реакции. Таким образом, как вы видите, теорий и гипотез происхождения варикозной болезни много, но его возникновение связывают с наследственными нарушениями эластичности венозной стенки, реализующимися через гормональные воздействия и на фоне венозной гипертензии. В пользу такой точки зрения говорит факт более частого развития варикозного расширения вен у женщин, носящего семейный характер и проявляющегося во время беременности или после родов.

В основном варикозное расширение происходит в системе большой подкожной вены, реже в системе малой подкожной, а начинается с притоков ствола вены на голени. Естественное течение заболевания на начальном этапе достаточно благоприятное, первые 10 лет и более, помимо косметического дефекта, больных может ничего не беспокоить. В дальнейшем, если не проводится своевременное лечение, начинают присоединяться жалобы на чувство тяжести, усталости в ногах и их отечности после физической нагрузки (длительное хождение, стояние) или ко торой половине дня, особенно в жаркое время года. Следует различать и точно ыяснять у пациента какого рода симптомы его беспокоят. Большинство больных бращается с жалобами на боли в ногах, но при детальном расспросе удается выявить, что это именно чувство распираия, тяжести, налитости в голенях. При даже коротком отдыхе и приподнятом положении конечности выраженность ощущений уменьшается. Именно эти симптомы характеризуют венозную

недостаточность на данном этапе заболевания. Если же речь идет о боли, необходимо исключить другие причины (артериальная недостаточность нижних конечностей, острые венозные тромбозы, суставные боли и пр.).

Последующее прогрессирование заболевания, помимо увеличения количества и размеров расширенных вен, приводит к возникновению трофических расстройств, чаще вследствие присоединения несостоятельности перфорантных вен и возникновения клапанной недостаточности глубоких вен. Трофические нарушения на начальном этапе проявляются локальной гиперпигментацией кожи, затем присоединяется уплотнение (индурация) подкожно-жировой клетчатки вплоть до развития целлюлита. Завершается этот процесс образованием язвенно-некротического дефекта, который может достигать в диаметре 10 см и более, а вглубь распространяться до фасции. Типичное место возникновения венозных трофических язв - область медиальной лодыжки, но локализация язв на голени может быть различной и множественной. На стадии трофических расстройств присоединяются выраженный зуд, жжение в

пораженном участке; у ряда больных возникает микробная экзема. Болевой синдром в области язвы может быть не выражен, хотя в части случаев носит интенсивный характер. На этом этапе заболевания тяжесть и отечность в ноге становятся постоянными. Венозные язвы отличаются от артериальных тем, что последние развиваются, начиная с дистальных отделов конечности (в частности при сахарном диабете), некротические дефекты при венозной недостаточности не сопровождаются перифокальным воспалением, язвы глубокие, с подрывными вертикальными краями, дно наряду со скудным фибринозно-серозным отделяемым покрыто грануляциями, кожа вокруг язв пигментирована, подкожная клетчатка индурирована.

Основные моменты патогенеза:

1. Первичная недостаточность клапанов поверхностной венозной системы,

2. Вторичная функциональная недостаточность клапанов поверхностной венозной системы,

3. Препятствие на путях венозного оттока из конечности - это как правило чисто механическое препятствие, такое как матка, опухоль, тромб (как следствие перенесенного тромбофлебита),

4. Функциональная недостаточность клапанов глубоких вен (мы разберем этот феномен отдельно),

5. Функциональная недостаточность клапанов перфорантных,

6. Изменение тромботической и фибринолитической активности крови - эти изменения могут вести к тромбообразованию, что не всегда проявляется клинически, но всегда ведет к нарушениям венозной гемодинамики,

7. Артериально-венозные анастомозы - это могут быть как врожденные, так и приобретенные состояния, при которых из артериальной системы в венозную осуществляется артериальный поток крови, что резко увеличивает нагрузку на венозную стенку (стенка вены анатомически не способна выдержать такой поток крови),

8. Изменения гормонального фона. Это очень важное положение, поэтому мы остановимся на нем более подробно. Как известно женщины более подвержены варикозной болезни, чем мужчины, этот факт связывают с дисбалансом стероидных гормонов. Доказательством этого служат:

* Как уже говорилось мужчины болеют варикозной болезнью реже чем женщины.

* Болезненные симптомы встречаются у женщин значительно чаще чем у мужчин,

* Появление варикозно расширенных вен и возникновение в них боли часто цикличны и связаны с уровнем половых гормонов. Доказательством этого служат следующие общеизвестные факты:

- изменения в венах возникают при беременности, а после родов проходят; многие женщины при беременности страдают от болевых ощущений в измененных венах, чего у них не было до беременности;

- варикозные изменения нарастают по мере увеличения сроков беременности;

- значительное количество женщин испытывают боли в конечностях, боль как правило локализована в венах, перед началом менструации; во второй половине менструального цикла диаметр здоровых и варикозных вен увеличивается,

* Некоторые авторы отметили, что среди женщин, страдающих варикозной болезнью, процент преждевременного прекращения беременности ниже чем в других группах,

* Болевой симптом уменьшается при назначении гормонов,

* Существуют упоминания о том, что некоторые женщины испытывают боль в венах нижних конечностей после "занятия любовью".

9. Наследственные и врожденные факторы,

10. Длительное вертикальное положение человека (как правило во время работы).

Прежде чем приступить к лечению варикозного расширения вен врач должен составить предельно четкое представление о состоянии глубоких и перфорантных вен конечности. На сегодняшний день нельзя оставлять ни одного флебологического больного без ультразвукового обследования. Именно это исследование, неинвазивное, крайне информативное в опытных руках, непродолжительное по времени и совершенно необременительное для пациента, стало основным в диагностике венозной недостаточности. Наиболее современной методикой является дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием, позволяющее выявить проходимость и состояние клапанов глубоких вен, от берцовых до нижней полой, направление кровотока в перфорантных и поверхностных венах. При недоступности этого метода больным нужно провести стандартную ультразвуковую доплерографию, хотя и уступающую в информативности и диагностической точности.

После широкого внедрения в практику ультразвуковых методик роль классической флебографии в значительной мере сошла на нет. Сегодня эта методика применяется достаточно редко, в основном при необходимости реконструктивных операций (шунтирующих или пластических) на глубоких венах конечности, и с каждым годом частота выполняемых флебографий снижается благодаря накоплению опыта и повышению возможностей ультразвуковой диагностики.

Методы лечения.

Все методы лечения можно разделить на консервативные и хирургические. Естественно в начале мы кратко остановимся на консервативных мероприятиях.

Консервативное лечение

направлено на компрессию конечности для устранения венозного рефлюкса. Единственным способом такой профилактики является эластическая компрессия конечностей. Причем пациент должен начинать пользоваться эластичными чулками или бинтами с самого утра, не вставая с постели, когда подкожные вены еще не заполнены, и носить их в течение всего времени суток, пока он находится на ногах. Иначе эффекта от эластичного бинтования не будет. Накладывание бинтов нужно начинать от кончиков пальцев и равномерно охватывать всю конечность, не оставляя свободных участков до требуемого уровня.

Эластические чулки обеспечивают прогрессивное снижение

проксимального давления. Строгое научное объяснение, возникающим при компрессии эффектам, появилось только в 1980 году. При изучении скорости кровотока в бедренных венах, при одновременной компрессии поверхностных вен, было выявлено, что компрессия у лодыжек до 18 мм. рт. ст., икры до 14 мм. рт. ст. увеличивает скорость венозного кровотока по глубоким венам примерно на 75% от исходного.

Последующие исследования позволили построить логичную схему применения эластической компрессии в лечении хронической венозной

недостаточности. В настоящий момент общепризнанным являются следующие рекомендации:

1. Эластическая компрессия до 17 мм. рт. ст. показана больным с начальными формами варикозной болезни людям с наследственной предрасположенностью, лицам с тяжелым физическим трудом и больным перенесшим операцию на поверхностных венах;

2. эластическая компрессия от 17 до 20 мм.рт.ст. показана группе людей с начальными формами варикозной болезни в раннем периоде после операции, при подготовке к оперативному лечению и беременным при наличии отеков нижних конечностей;

3. компрессия свыше 20 мм.рт.ст. показана больным при наличии у них трофических расстройств, при несостоятельности клапанного аппарата, с с-мом Паркс-Вебера, больным с с-мом Клиппель-Треноне, больным с посттромбофлебетическим с-мом. Противопоказаний для эластической компрессии нет. Относительными противопоказаниями являются тромбо-облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей при выраженной ишемии (эти больные относятся к группе с заболеванием артерий).

Невозможно закончить краткое изложение консервативных мероприятий, применяемых при венозной патологии не остановившись на применении различных медикаментозных средств. Ведущее место занимает применение гепарина: гепарина, гепароид, гепатромбин. Так же к консервативному лечению можно отнести препараты влияющие на отток жидкости из тканей и препараты непосредственно влияющие на стенку вены: анавенол, эндотелон, эскузан, Гинкор Форт, детралекс. Гомеопатические средства: гаммамелис, эскулюс, арника, мазь календулы.

Хирургическое лечение показано, когда комплекс консервативных мероприятий не имеет успеха. Наиболее широко применяется операция комбинированной флебэктомии. Суть операции

заключается в удалении основного ствола большой подкожной вены и варикозно измененных притоков.

Описание операции:

косо-вертикальным разрезом параллельно и ниже паховой складки выполняется разрез кожи. Тот час ниже устья выделяется большая подкожная вена. Обязательно перевязываются все притоки (их как правило 3-5), затем вену пережимают у устья и пере-секают между двумя зажимами. Перевязку устья лучше всего осуществ-влять с прошиванием, в этом случае меньше вероятность " сползания " лигатуры и развития послеоперационного кровотечения. Одновременно у медиальной лодыжки выделяется дистальный конец вены. Там так же необходимо перевязать 2-3 крупных притока. Дистальный конец вены пересекают и перевязывают. В вены вводят зонд и по зонду удаляют основной ствол. Удаление ствола производят всегда снизу в верх. При необходимости из дополнительных разрезов удаляются измененные притоки. После проверки гемостаза (отсутствия кровотечения) накладываются кожные швы. В послеоперационном периоде обязательно необходимо применять эластическое бинтование оперированной конечности.

В наши дни классическая операция при варикозном расширении вен, радикальная флебэктомия в различных модификациях, чаще по Троянову - Тренделенбургу, Бэбкокку, Нарату, претерпела значительные изменения. На первое место прежде всего ставятся косметические требования к операции, к которым относятся применение маленьких разрезов, атравматичных инструментов, проведение разрезов кожи в "правильных", "косметических" направлениях, использование атравматичных нитей и шва при закрытии кожных покровов. Считается, что флебэктомия сама по себе как хирургическое вмешательство ничего сложного не представляет, поэтому во всем мире ее чаще производят в общехирургических стационарах. Но именно больные, прошедшие мимо специализированных флебологических или ангиохирургических отделений, чаще всего сталкиваются с рецидивами варикозного расширения вен и грубыми косметическими дефектами после операций. Причины рецидивов можно разделить на две большие группы. Первая - это погрешности хирургической техники, часто встречающиеся в

неспециализированных учреждениях и заключающиеся в нерадикальности флебэктомии. Вторая группа связана с неполной дооперационной диагностикой. У пациентов пропускают (не проводится ультразвуковое исследование) выраженную недостаточность клапанов глубоких вен или несостоятельность перфорантных, и стандартно выполняемая флебэктомия теряет всякий смысл, так как сохраняется причина варикозного расширения.

Этим больным требуется расширение хирургического вмешательства, включающее перевязку перфорантных вен и/или коррекцию клапанного аппарата глубоких вен.

Показания к инъекционной терапии (склеротерапии) при варикозном расширении вен дебатированы до сих пор. Метод заключается во введении в расширенную вену склерозирующего агента, дальнейшую ее компрессию, запустевание и склерозирование. Современные препараты, используемые для этих целей (инъекционно-инfiltrационный и криоконтактный метол) достаточно безопасны, т.е. не вызывают некроза кожи или подкожной клетчатки при экстравазальном введении. Часть специалистов пользуется склеротерапией практически при всех формах варикозного расширения вен, другие же отвергают метод напрочь. Скорее всего, истина лежит где-то посередине, и молодым женщинам с начальными стадиями заболевания имеет смысл применять инъекционный метод лечения. Единственно, что они должны быть обязательно предупреждены о возможности рецидива (более высоком, чем при хирургическом вмешательстве), необходимости постоянно носить в течение длительного времени (до 3 - 6 нед) фиксирующую компрессионную повязку, вероятности того, что для полного склерозирования вен может потребоваться несколько сеансов.

В группу больных с варикозным расширением вен следует отнести пациентов с телеангиоэктазиями ("сосудистые звездочки") и сетчатым расширением мелких подкожных вен, поскольку причины развития этих заболеваний идентичны. В данном случае только склеротерапия является

единственным методом лечения после исключения поражения глубоких и перфорантных вен. перфорантных вен нижних конечностей.

Новый способ экстравазальной коррекции недостаточных клапанов глубоких вен, заключается в наложении на стенку вены в зоне локализации свободных краев створок несостоятельного клапана каркасной спирали в виде пилообразной кривой с переменным диаметром на концах конструкции.

При выполнении коррекции предложенным способом данная спираль функциональна, т.е. расширяясь под действием ретроградного кровотока с одной стороны (клапанные синусы), происходит сужение ее с другой (зона расположения свободных краев створок венозного клапана). Данный способ экстравазальной коррекции по индивидуальным показаниям был применен нами у 12 больных. При контрольной послеоперационной (через 30 дней) ретроградной флебографии недостаточности коррегируемых вен.

Список использованной литературы:

1. А.В. Гавриленко, С.И. Скрылев, Ф.А.Радкевич. Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей.- Ангиология и сосудистая хирургия. - 1997. - № 2. - С. 127 - 134.

2. Jimenez Cossio JA. Эпидемиология варикозных заболеваний. - Флебологическая. - 1996. - № 1. - С. 8 - 12.

3. Bergan JJ.Advance «Times New Roman» - in evaluation and treatment of chronic venous insufficiency. - Angiology and Vascular Surgery. - 1995. - № 3.

4. Лазаренко В.А.,Пономарев О.С.,Еськов В.П.,Тимченко П.Б. Курский государственный медицинский университет. Нормализация функций недостаточных клапанов глубоких вен нижних конечностей.