**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**

**ЛУБЕНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ**

**РЕФЕРАТ**

**ИЗ АНГИОЛОГИИ**

**НА ТЕМУ: Варикозная болезнь**

Выполныла:

студентка группы Ф-31

Шевчик Валентина

Лубны 2009

*Анатомия венозной системы нижних конечностей.* В нижних конечностях имеются поверхностные и глубокие вены. Последние сопровождают артерии. Глубокая система включает больше- и малоберцовые, подколенную, бедренную и подвздошную вены.

Поверхностная венозная система вен состоит в основном из двух подкожных вен. Большая подкожная вена берёт своё начало перед внутренней лодыжкой и поднимается медиально к паховой области, где она впадает в бедренную вену. Малая подкожная вена начинается позади наружной лодыжки и впадает в подколенную вену. Устье её нередко располагается выше или ниже подколенной ямки или имеет аномалии. Система подкожных вен имеет вены – анастомозы. Они могут соединять различные участки одной и той же вены и различные поверхностные вены, или даже служить связующим звеном между поверхностной системой и венами глубокой системы. Перфорирующие вены пенетрируют фасцию, чтобы соединить поверхностную венозную систему с глубокой. Число этих вен варьирует. Наиболее важны вены-перфоранты Кокетта, Хантера и Додда, которые соединяют две системы подкожных вен с системой большеберцовой вены.

Вены-перфоранты дренируют кровь из поверхностной в глубокую систему вен и предотвращают сброс крови в противоположном направлении (короткие рефлюксы). Таким образом, направление тока венозной крови следующее:

Из поверхностной системы в глубокую двумя путями:

* через вены-перфоранты;
* через большую и малую подкожные вены к их главным соустьям: сафенофеморальному (паховая область), сафеноподколенному ( подколенная ямка).

Вены имеют клапаны. Клапаны представляют собой складки венозного эндотелия. Число их может быть различным, но всегда уменьшается в направлении к центру. В общей бедренной вене имеется небольшое количество клапанов. В подвздошных венах клапанов очень мало или они отсутствуют. В верхней и нижней полых венах клапанов нет, отсутствуют они и в воротной, почечных венах, внутричерепных венах и синусах. Положение створок меняется от скорости кровотока, при увеличении скорости кровотока прижимает створки к венозной стенке, при замедлении скорости кровотока они отходят от стенки. В клапанных карманах наблюдается турбулентный кровоток. Закрывается клапан под воздействием ретроградного кровотока и способствует центростремительному продвижению крови. Клапаны защищают венулы и капилляры от резкого повышения давления во время деятельности «мышечного насоса», а также внезапного изменения давления. Створки полноценных клапанов вен прочны, они выдерживают давление до 3 атмосфер.

*Физиология венозной системы.* Венозный кровоток в нижних конечностях направлен снизу вверх, т.е. против силы тяжести. Исследованиями физиологов установлено, что в покоящихся скелетных мышцах человека объем кровотока составляет 1- 4 мл крови на 100 см3 ткани в 1 минуту. Сокращения мышц увеличивают объем кровотока до 60 – 80 мл крови на 100 см3 ткани в 1 минуту.

Венозная кровь проталкивается от периферии к центру за счет сдавления подошвенной венозной дуги Lejard, эффекта мышечного “насоса”. Венозная подошвенная сеть Lejard формируется из венозных “озёр” подошвы стопы. Они выстраиваются в подошвенную дугу, которая соединяется посредством бесклапанных вен-перфорантов с тыльной дугой. Последняя является истоком возвратного кровотока по глубоким и поверхностным венам. При ходьбе подошвенная венозная дуга сжимается, и кровь проталкивается к началу двух систем венозного возврата. Сокращение времени ходьбы, нарушение её характера в результате изменения способа постановки стопы, длительное пребывание в положении стоя неизбежно приводят к прекращению кровотока в подошвенной дуге. Это явление усугубляется тем фактом, что тыльный и подошвенный кровоток сообщаются посредством бесклапанных вен-перфорантов.

В отношении мышечного “насоса ” необходимо помнить аксиому: ток крови, направленный к центру, открывает клапаны; ток крови, направленный от центра, закрывает клапаны. Во время ходьбы мышцы сокращаются и сдавливают участок глубокой венозной системы. Это действие можно визуализировать, если представить воздушный цилиндрический шар, который сжимают в центре. Над областью сжатия образуется волна, направленная вверх, приводящая к проксимальному току и открытию клапана, а волна, направленная вниз, образующая ниже места констрикции, даёт толчок центробежной силе и приводит к закрытию клапана. Сообщающиеся вены-перфоранты, расположенные выше уровня стеноза, дренируют венозную кровь поверхностной системы, а вены-перфоранты, находящиеся ниже, закрываются и создают застой в поверхностной системе, тем самым увеличивая давление в просвете сосуда.

Такая же картина наблюдается ниже уровня стеноза в глубокой венозной системе. Во время расслабления мышц кровь перекачивается снизу вверх и снаружи внутрь благодаря возникающей разнице давления: высокое давление выше уровня стеноза и низкое – ниже.

Есть и другое представление о механизме деятельности «мышечного насоса» конечностей (Введенский А.Н., 1983). Отдельные мышцы или группы мышц заключены в фасциальные футляры, в которых и осуществляется насосная функция каждой группы мышц. Компрессионное действие сокращающихся мышц в основном сказывается на внутримышечных венах. Магистральные глубокие вены располагаются на границах мышечных футляров и окружены «собственными» листками фасции, что ограничивает возможность их компрессии. Если магистральная вена подвержена компрессионному воздействию сокращающихся мышц, то степень его незначительна. Анатомические особенности расположения магистральных вен конечности исключают возможность их компрессии в верхней трети бедра, подколенной ямке, нижней трети голени. Особенностью икроножных мышц, выполняющих наибольшую работу при ходьбе, является наличие венозных синусов. Они могут быть представлены одиночными и множественными полостями длиной около 5 см и диаметром до 12 мм. Венозные синусы как емкости, содержащие кровь, во время сокращения мышц опорожняются, обеспечивая одновременное поступление большой массы крови в магистральные глубокие вены. Эффективность деятельности «мышечного насоса» зависит от степени тренированности мышц, состояния фасциальных футляров, артериального кровоснабжения, нервной регуляции и других факторов.

Другие факторы, обусловливающие венозный кровоток:

- экскурсия диафрагмы, которая приводит в действие механизмы рефлюкса и “всасывания ” путём сдавливания и декомпрессии органов брюшной полости;

- отрицательное давление в средостении (по сравнению с давлением в системе нижней полой вены).

Любое состояние, которое препятствует эффективной диафрагмальной экскурсии (ожирение, эмфизема) и изменяет давление в средостении (новообразования, перикардиальные сращения и пр.), потенциально могут вызвать венозный застой.

*Варикозная болезнь.* Варикозным расширением вен называется стойкое необратимое их расширение и удлинение в результате грубых патологических изменений венозных стенок и клапанного аппарата (Покровский А.В., 1979).

Варикозное расширение вен вызвано клапанной недостаточностью. Недостаточность клапанов может возникать как результат первичного изменения биохимических компонентов стенки сосудов или вследствие гемодинамической перегрузки (приобретённые или врождённые артериовенозные фистулы). Несостоятельность клапанов приводит к появлению рефлюксов соответственно месту их возникновения: в крупных венозных устьях (внутренней и наружной подкожных вен) или в коммуникантных венах. Слабость гладкой мускулатуры венозной стенки и увеличение просвета вены могут привести к относительной недостаточности клапана, створки клапана могут быть разрушены также предшествующим воспалительным процессом. В начальном этапе происходит гипертрофия и новообразование клеточных элементов, что приводит к утолщению венозной стенки. В последующем, наряду с гипертрофией мышечных клеток подкожных вен, происходит их гибель и размножение соединительнотканных клеток. Стенка варикозной вены утолщается неравномерно и чередуется со значительным истонченным участком (Макеева Г.Ф.,1956). Последовательно развивающийся флебосклероз, является основной причиной развития фазы осложнений.

В зависимости от патогенеза варикозное расширение вен можно разделить на следующие категории:

1. первичное, или идиопатическое;
2. вторичное, являющееся следствием посттромбофлебитического процесса;
3. варикозное расширение вен при беременности, возникающее в результате действия гормонов и давления беременной маткой;

4) диспластическое, развивающиеся в результате врождённых пороков развития, к которым относятся стенозы в глубокой венозной системе и артериовенозные фистулы.

*Первичное варикозное расширение вен* (varix -“расширенная вена”) представляет собой увеличения диаметра и удлинение участка вены с последующим развитием несостоятельности клапанов.

# *Классификация варикоза*

I - Варикозные вены

1. Телеангиэктазии - интрадермальный варикоз

2. Ретикулярные варикозные вены: расширенные, извитые подкожные вены, не принадлежащие главным венозным магистралям или их основным притокам

3. Стволовой варикоз: расширенные, извитые стволы v. Saphena magna или v. Saphena parva и/или их притоков первого и второго порядка

II - Хроническая венозная недостаточность

1 стадия - дилатированные подкожные вены, наличие отека

2 стадия - наличие трофических расстройств в виде зон гипер- или депигментации

3 стадия - трофическая язва (открытая или закрытая)

*Этиология и патогенез* этого заболевания не связаны с тромботическими поражениями сосудов. Считается, что причин, обусловливающих возникновение первичного варикоза, несколько. Кратко перечислим их: врожденная и приобретенная недостаточность клапанов глубоких, поверхностных, коммуникантных вен, врожденная слабость венозной стенки, а также связанная с нейроэндокринной перестройкой организма женщины при беременности, родах. Полагают, что причина варикоза вен может быть связана с усиленным артерио-венозным сбросом крови через артерио-венозные соустья, но менее выраженным, чем при ряде ангиодисплазий. Женщины почти в три раза чаще страдают этим заболеванием. Предрасполагающими факторами к его развитию являются: генетический, чрезмерная физическая нагрузка и профессиональная специфика, связанная с пребыванием «на ногах». Трудно исключить воздействие интоксикаций и инфекций на сосудистый тонус. Варикозное расширение малой подкожной вены, которая проходит в основном субфасциально, встречается реже, чем больной подкожной вены, расположенной эпифасциально. Варикозный процесс, нередко поражает не только систему малой и большой подкожных вен, но он сочетается с нарастающей клапанной недостаточностью и варикозной трансформацией глубоких вен, что приводит к более тяжелым последствиям.

Различают осложненный и неосложненный первичный варикоз вен. *Неосложненный варнкоз* вен конечностей, помимо чисто косметического дефекта может не вызывать каких-либо жалоб. По мере развития патологического процесса больного начинают беспокоить быстрая утомляемость конечности, в особенности, если он вынужден долго стоять, чувство «распирания» конечности, различные парестезии, присоединяются и боли. Первичный варнкоз, обусловленный высоким вено-венозным сбросом, т.е. рефлюкс в подкожных венах вызван несостоятельностью остеального и других клапанов подкожных вен, длительное время может протекать без осложнений.

В.С. Савельев и соавт. (1972) считают, что при варикозной болезни имеются две стадии:

***1. Стадия компенсации*** (А и В). Больные жалобы не предъявляют или они обычно сводятся к ощущению чувства тяжести в ногах, иногда судорожные сокращения мышц голени по ночам. У отдельных больных после длительной ходьбы, появляется пастозность мягких тканей у медиальной лодыжки голеней. Болевые ощущения в нижних конечностях редки и они нелокализованные.

***2. Стадия декомпенсации:*** (без или с трофическими нарушениями).

*А - (трофические нарушения отсутствуют)* - имеется выраженное нарушение венозного оттока из нижних конечностей, больных беспокоят отеки голени и стоп, наличие варикозно расширенных вен, боли в нижних конечностях становятся интенсивными, присоединяется кожный зуд.

*Б - (фаза трофических осложнений)* – быстро развивающиеся или постоянные отеки, кожный зуд, боли. На коже голени трофические изменения, выпадают волосы, наступает индурация подкожной клетчатки. Выраженная хроническая венозная недостаточность с нарушением оттока, способствует трофическим нарушениям в коже и подкожной клетчатке и часто осложняется тромбофлебитами поверхностных вен, флеботромбозами, экземами и пиодермиями. Возникают кровотечения из варикозных узлов, рожистое воспаление с частыми рецидивами и слоновостью конечности.

В.С. Савельев и соавт. (1972) считают, что при варикозной болезни имеются две стадии: стадия *компенсации* (А и В) и стадия *декомпенсации* (без или с трофическими нарушениями). В стадии компенсации больные жалобы не предъявляют или они обычно сводятся к ощущению чувства тяжести в ногах, иногда судорожные сокращения мышц голени по ночам. У отдельных больных после длительной ходьбы, появляется пастозность мягких тканей у медиальной лодыжки голеней. Болевые ощущения в нижних конечностях редки и они нелокализованные.

В стадии декомпенсации имеется выраженное нарушение венозного оттока из нижних конечностей, больных беспокоят отеки голени и стоп, наличие варикозно расширенных вен, боли в нижних конечностях становятся интенсивными, присоединяется кожный зуд.

Далее мы приводим основные положения *классификации СЕАР* принятой на конференции флебологов.

Клинические признаки болезни (Clinical) - классы 0 - 6, дополнение для асимптомных (A) и симптомных (S) случаев.

|  |  |
| --- | --- |
| Отсутствие видимых признаков заболевания вен | 0 |
| Телеангиэктазии или ретикулярный варикоз | 1 |
| Варикозные вены | 2 |
| Отек | 3 |
| Трофические нарушения | 4 |
| Трофические нарушения + закрытая язва | 5 |
| Трофические нарушения + открытая язва |  6 |

**Э**тиологические признаки:

|  |  |
| --- | --- |
| Врожденная (Congential) - Ec | C |
| Первичная (Primary) - Ep | P |
| Вторичная (Secondary) - (Es) |  S |

Анатомические признаки

Поверхностные вены (Superficial) -As

Глубокие вены (Deep) -Ad

Перфорантные вены --- Ap

Для учета характера патофизиологических расстройств

Рефлюкс - Pr

Окклюзия - Po

Рефлюкс и окклюзия - Pr,o

При низком вено-венозном сбросе (рефлюкс в подкожные вены наступает вследствие несостоятельности клапанов коммуникантных вен) процесс быстро прогрессирует, приводя к осложнениям. (В.С. Савельев и соавт., 1972). *Фаза осложнений* – быстро развивающиеся или постоянные отеки, кожный зуд, боли. На коже голени трофические изменения, выпадают волосы, наступает индурация подкожной клетчатки. Выраженная хроническая венозная недостаточность с нарушением оттока, способствует трофическим нарушениям в коже и подкожной клетчатке и часто осложняется тромбофлебитами поверхностных вен, флеботромбозами, экземами и пиодермиями. Возникают кровотечения из варикозных узлов, рожистое воспаление с частыми рецидивами и слоновостью конечности. Появление отеков, сначала преходящих, а позднее выраженных и полностью не исчезающих после ночного отдыха, свидетельствует о хронической венозной недостаточности, обусловленной нарушением кровотока по коммуникантным, подкожным и глубоким венам вследствие недостаточности клапанного их аппарата. На этом этапе патогенез дальнейших нарушений при хронической венозной недостаточности, вызванной первичным варикозом и ПТФС у больных с полной реканализацией и клапанной недостаточностью глубоких вен, имеет много общих закономерностей. Гипертензия приводит к нарушению микроциркуляции и раскрытию артерио-венозных анастомозов, гипоксии тканей, изменению проницаемости клеточных мембран, нарушению транскапиллярного обмена, развитию деструктивных изменений в тканях голени, появлению язвы.

Распознавание первичного неосложненного варикоза подкожных вен обычно не представляет значительных трудностей. Важно тщательно собрать анамнез, установить условия труда и характер физической нагрузки, выявить предшествовавшие варикозу заболевания (тромботические поражения глубоких вен, операции по поводу патологии органов малого таза и др.). Обследование больного должно быть полным и начинаться с исследования всех систем организма. Важно не просмотреть новообразований таза, в особенности у лиц молодого возраста, когда возникновение варикозного расширения вен нижних конечностей трудно объяснить. В таких случаях обязательно вагинальное или ректальное исследование.

Уже первый осмотр дает необходимые представления о характере варнкоза подкожных вен, который может захватывать всю систему большой и малой подкожных вен или быть ограниченным. Осмотр и пальпацию подкожных вен нужно проводить в вертикальном положении больного. Обращают внимание на цвет кожных покровов, наличие пигментации, трофических нарушений. Пальпаторно обследуют кожу, подкожную клетчатку (лимфостаз), определяют пульсацию периферических артерий конечности. Эти простые приемы позволяют ориентироваться в постановке правильного диагноза.

Объективное исследование проводится в положении пациента стоя. Необходимым оснащением является стул для проводящего исследование, жгут и при обследовании необходимо обращать внимание на: - наличие варикозных вен и их анатомическую идентификацию (по ходу большой и малой подкожных вен, коллатеральных вен, вен-перфорантов голени, коллатеральной циркуляции);

* область распространения отека (голень, голень и/или бедро);
* трофические изменения (изменение цвета кожи, изъязвления, непигментированные атрофические бляшки).

Пальпацией определяется плотность конечности, особое внимание обращается на голень.

Этот прием проводится в положении больного лежа с согнутыми в коленях ногами для достижения большего расслабления мышц. Врач может выявить наличие болезненности или обнаружить незначительные различия в плотности в больной конечности, возникающие вследствие наличия растущего или зрелого тромба. Определяется температура кожи.

Для определения несостоятельности клапанов (большая подкожная вена) можно применить следующие пробы:

1. Проба Шварца. Одной рукой легко постукивают по варикозно-расширенной вене, а другой определяют образующуюся волну. Если волна рефлюкса определяется в нижних отделах, это свидетельствует о наличии клапанной недостаточности.
2. Проба Гакенбруха (проба с кашлевым толчком). Больного просят покашлять и ладонью с вытянутыми пальцами пальпируют область большой подкожной вены от его соустья до его истока. Колебания связанные с рефлюксом крови, определяются в случае несостоятельности клапанов.
3. Проба Броди - Троянова - Тренделенбурга. В положении больного лежа на спине, поднимают до полного опорожнения варикозно расширенных вен. Накладывают жгут на уровне бедра для предупреждения сброса крови в подкожную вену, а затем просят больного встать. Если варикозно расширенные вены не появляются при наличии жгута, но заполняются сразу после его снятия это свидетельствует о недостаточности клапана соустья. Однако варикозно расширенные вены могут заполняться постепенно – при клапанной недостаточности перфорантов. В этом случае следует применять пробу Perthe.
4. Проба Перте. Жгут накладывают выше колена, в положении больного стоя, и просят больного походить или несколько раз приподняться на носки. Если варикозно расширенный участок опорожняется, то перфоранты состоятельны, а глубокие вены проходимы.
5. Проба Дельбе - Пертеса (маршевая проба). Больному, в положении стоя, накладывают на бедро жгут, сдавливающий подкожные вены и предлагают ходить 3-5 минут. Если расширенные вены спадаются и отсутствует чувство боли в области голени, то это указывает на проходимость перфорантных и глубоких вен, т.е. кровь из подкожных вен направляется в систему глубоких вен конечности.
6. Трехжгутовая проба (проба Пратта). Для определения функциональной способности перфорантных вен.

При неосложненном первичном варикозе вен, когда отеков нет, этого объема исследований обычно достаточно для выбора адекватного хирургического метода операции (венэктомняпо Бебкоку-Маделунгу, Клаппу-Соколову, электро- и лазерная коагуляция, склерозируюшая терапия варикоцидом, фибровейном). При появлении отеков, даже умеренных, исчезающих за ночь, других, трофических нарушений, вплоть до язвы голени, нужна более точная информация о состоянии венозной гемодинамики в целом, степени компенсации нарушений клапанного аппарата глубоких вен. Здесь обязательны флебоманометрические, ультразвуковые и флебографическне исследования. Последние, как указывалось, должны отвечать конкретно поставленным задачам (проходимость и структура глубоких вен, состояние клапанов коммуникантных вен, состояние клапанов глубоких вен).

Основные лечебные мероприяти):

* профилактика, рекомендации в отношении образа жизни и положения тела;
* консервативная терапия;
* лекарственная терапия;
* склеротерапия,
* эндоскопическая хирургия,
* хирургическое лечение – удаление вен.

 *Профилактика и рекомендации*.

* отдых с поднятыми ногами, выше уровня сердца;
* ходьба (мышечный насос);
* избегать длительного пребывания в положении стоя или сидя;
* наложение эластических повязок или ношение чулок с разной степенью компрессии (увеличение давления в поверхностной венозной системе, обеспечение эффекта «откачивания»);
* правильное поддержание подошвы стопы и/или изменение нагрузки, если необходимо;
* дыхательные упражнения;
* тепловые процедуры, гидромассаж.

Консервативная терапия сводится к компрессии в виде постоянного ношения эластических чулок или бинтов. При недостаточности поверхностных вен лечение компрессией преследует две основные цели на макрососудистом уровне:

* восстановить градиент давления между поверхностным и глубоким кровотоком через вены перфоранты;
* уменьшить диаметр просвета сосуда для увеличения пикового давления в состоянии покоя и при нагрузке.

 Бандаж может быть эластичным и растягиваться в одном или двух направления, или неэластичным. Выбор типа бандажа зависит от действия, которое должно оказываться на поверхностную венозную систему в покое и при физической нагрузке. При нагрузке необходимо накладывать неэластичную повязку для поддержания давления в поверхностных венах на более высоком уровне по сравнению с давлением в глубокой системе, чтобы кровь перемещалась, как в норме, из поверхностной в глубокую систему. В положении больного стоя и в покое может использоваться любой тип повязки, так как единственной целью бандажа является сокращение диаметра варикозно расширенной поверхностной вены до такой степени, чтобы пиковое давление, отвечающее за перемещение крови, стало равным давлению в глубокой венозной системе (закон сообщающихся сосудов). Излечение при этом не достигается, постоянное ношение эластических бинтов обременительно для больных. Лечение компрессией следует рекомендовать тем больным, кому оперативное пособие противопоказано.

##### Классификация медицинского компрессионного трикотажа

|  |  |
| --- | --- |
| Компрессионный класс | Давление на уровне лодыжек (в мм. рт. ст.) |
| 1 | 18,4 – 21,2 |
| 2 | 25,1 – 32,1 |
| 3 | 36,4 – 46,5 |
| 4 | Более 59 |

Показания к применению медицинского компрессионного трикотажа

|  |  |
| --- | --- |
| Компрессионный класс | Показания к применению |
| I | Синдром "тяжелых ног" Ретикулярный варикозТелеангиоэктазии |
| II | Варикозная болезнь в т.ч. у беременных. Состояние после склеротерапии или венэктомии. Профилактика тромбоза глубоких вен. Острый тромбофлебит |
| III | Варикозная болезнь с трофическими расстройствами. Посттромбофлебитическая болезнь. Лимфо-венозная недостаточность. Тромбоз глубоких вен |
| IV | Лимфэдема. Врожденные аномалии глубоких вен |

*Лекарственная терапия*

Общим знаменателем венозной недостаточности является стаз, т.е. замедленный возвратный кровоток. Поскольку это состояние затрагивает систему микроциркуляции, изменяя количественно и качественно обмен между капиллярами и тканями, целью лекарственной терапии (а также физиотерапии) должно быть восстановление микроциркуляторного гомеостаза.

Любой подъем внутрикапиллярного давления способствует выходу плазмы, макромолекул и других элементов из сосуда и означает, что метоболиты не могут быть реабсорбированы. Интерстициальная соединительная ткань наводняется, и лимфатические сосуды перегружаются; это состояние клинически появляется в виде отека, изменение цвета кожи и трофических нарушений.

К фармокологическим препаратам, которые используются в настоящее время для лечения заболевания, относятся биофлавоноиды – группа веществ растительного происхождения. Действие этих веществ основано на улучшении обмена между кровью и тканями. Флеботропные субстанции максимально увеличивают остаточный тонус венозной стенки. Эффективное флеботропное средство должно не только повышать венозный тонус, но также улучшать лимфатический дренаж и защищать микроциркуляторное русло больного.

*Склеротерапия* представляет собой введение в просвет раздражающих химических веществ, способных вызвать воспаления эндотелия и последующую облитерацию участка вены посредством фиброза.

Метод Linser-Sicard основан на множественных инъекциях склерозирующих веществ (тромбовар, варикоцид, фибровейн) малыми дозами, повторяя введение через 5-7 дней.

Этот вид лечения показан при:

* красных или синих мелких варикозно расширенных венах;
* варикозном расширении вен дермы;
* варикозном расширении коллатеральных ветвей большой подкожной вены;
* остаточных явлениях варикоза после stripping.

Лечение склерозирующими препаратами (тромбовар 1-3%, варикоцид 3-5%, фибровейн) варикозного расширения вен, включает несколько десятков инъекций, вызывающих выраженную воспалительную реакцию в варикозных венах, опасно осложнениями в виде тромбозов глубоких вен, эмболий и поражений клапанного аппарата.

При варикозе в бассейне большой подкожной вены, большинство флебологов предпочитают пересекать и лигировать магистральную вену у места ее впадения в бедренную вену и у медиальной лодыжки, а затем приступают к склеротерапии.

Эндоскопическое субфасциальное лигирование перфорантных вен. Настоящая операция может быть самостоятельной при ранее выполненной флебэктомии большой подкожной вены. Когда имеется несостоятельность перфорантных вен, больному сначала удаляют большую подкожную вену на бедре, а затем выполняют эндоскопический этап операции.

Хирургическое лечение. Общепринятыми являются стриппинг и флебэктомия поверхностных вен:

* Стриппинг (удаление вен с помощью зондов-венэкстракторов) показан при магистральном строении варикозно расширенных большой и малой подкожных вен. При этой операции производится также перевязка перфорантных вен, через которые происходит рефлюкс крови.
* Флебктомия проводится через маленькие разрезы с целью удаления умеренно расширенных поверхностных вен – может выполняться амбулаторно.

В настоящее время большинство хирургов при оперативном лечении комплексно используют несколько оперативных вмешательств. Наиболее часто применяют операции Троянова-Тренделенбурга в сочетании с операцией Бебкокка(стриппинг) и лигатурными методами. В декомпенсированной стадии, особенно при трофических расстройствах и язвенных осложнениях, выполняют операцию Линтона или эндоскопическое субфасциальное лигирование (коагуляция) коммуникационных вен.

Операции на глубоких венах. Экстравазальная коррекция венозных клапанов. Проводят соответствующего диаметра лавсановой или титановой спиралью (8-10 витков), над измененным венозным сегментом. Они инертны и широко используются в медицине.

Создание анастамозов между бедренной веной и глубокой веной бедра.

Дистальная резекция заднеберцовых вен.

Противопоказания

* общее тяжелое состояние (выраженная артериальная легочная недостаточность, декомпенсированные пороки сердца, гнойные процессы и.т.д);
* острый тромбофлебит глубоких вен;
* обострение воспалительных процессов в варикозных венах;
* обострение хронической экземы, дерматита;
* слоновость.

**Использованная литература**

1. Ангиология. Под ред. М.В. Иванов – Ф48 М.: Медецина, 1981. – 674 с.