Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра Общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

РЕФЕРАТ

Тема: “Варикозное расширение вен нижних конечностей”

Выполнила:

Студентка 314-ой группы

ФФМО, специальность педиатрия

Щербак Анастасия Сергеевна

Проверила:

Асс. Куликова Анна Борисовна

г. Красноярск, 2016 год

Оглавление

[1. Введение 3](#_Toc471745237)

[2. Классификация 4](#_Toc471745238)

[3. Этиология и патогенез 8](#_Toc471745239)

[4. Клиническая картина 10](#_Toc471745240)

[5. Диагностика 12](#_Toc471745241)

[6. Лечение 15](#_Toc471745242)

[7. Профилактика 20](#_Toc471745243)

[8. Выводы 21](#_Toc471745244)

[9. Список источников 22](#_Toc471745245)

# Введение

В 1840 г. Verlpear пытался лечить варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей чрескожным обвиванием подкожных венозных сосудов. В 1890 г. А.А. Троянов сообщил о результате высокой перевязки большой подкожной вены на бедре при варикозной болезни. Через 2 года такую же операцию стал применять Trendelenburg.

М.М. Дитерикс в 1912 г. в целях предупреждения рецидива варикозной болезни предложил лигирование всех венозных ветвей, впадающих в сафено-

бедренный анастомоз. Madelung (1840) привел результаты тотального удаления варикозных вен нижних конечностей из сплошного кожного разреза на бедре и голени. В 1906 г. Мауо для флебэктомии впервые использовал металлический проводник с крючком на конце, а в 1907 г.

Babcok – специальный зонд со съемными оливами.

6

Варикозная болезнь – заболевание, издавна известное человечеству.

Это подтверждают раскопки захоронения Mastaba в Египте (1595-1580гг. до н.э.), где была найдена мумия с признаками прижизненного лечения венозной трофической язвы голени. По образному выражению J. van der Stricht (1996), варикозная болезнь явилась «платой человечества за возможность прямохождения».

Проблема диагностики и лечения варикозной болезни остается актуальной в современной медицине. Это связано с высокой распространенностью заболевания в развитых странах. В США и странах Западной Европы частота варикозной болезни достигает 25 %. В Республике Беларусь частота варикозной болезни достигает 15-17%, у 15 % из них имеются трофические расстройства. В последние годы отмечается тенденция к возникновению варикоза у лиц молодого возраста. Все чаще заболевание выявляют у школьников: венозный рефлюкс обнаруживают у10-15% из них уже в12-13лет.

# Классификация

Наиболее патогенетически обоснованной является классификация, предложенная в 2000 году в Москве на совещании ведущих отечественных специалистов в области венозной патологии. Эта классификация учитывает форму заболевания, степень хронической венозной недостаточности и осложнения, обусловленные непосредственно варикозной болезнью.

**Формы варикозной болезни**

* I. Внутрикожный и сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса
* II. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам
* III. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам
* IV. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам

**Международная классификация болезней – 10**

I 83 варикозное расширение вен нижних конечностей

I 83.0 варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой

I 83.1 варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением

**Классификация CEAP**

На основании опыта лечения десятков тысяч больных были отобраны главные клинические признаки хронических заболеваний вен нижних конечностей. Эти признаки были выстроены на 6 клинических классов («С»), по возрастанию тяжести (а не стадиям), от телеангиоэктазий (ТАЭ) до трофической язвы. Кроме клинической части, появился этиологический раздел («Е»), указывающий, первичен ли данный процесс, или нет. Третья, анатомическая часть классификации, («А») разделила всю венозную систему нижних конечностей на 18 относительно обособленных сегментов. Это позволяет достаточно точно указать на локализацию поражения венозной системы нижних конечностей. Последний, патофизиологический раздел («Р») указывает на наличие рефлюкса и/или обструкции в пораженном венозном сегменте. В 2004 году эта классификация была доработана[5] и рекомендована к использованию во флебологической практике во всем мире. Несомненно, отрицательной стороной классификации СЕАР её громоздкость. Очень тяжело, а порой и невозможно держать в памяти все её 40 пунктов.

**I. Клиническая классификация. (С)**

* **C0:** Отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации.
* **C1:** Телеангиоэктазии / ретикулярные вены.
* **C2:** Варикозно расширенные вены
* **C3:** Отёк.
* **C4a:** Пигментация и/или венозная экзема
* **C4b:** Липодерматосклероз
* **C5:** Кожные изменения, указанные выше и зажившая язва.
* **C6:** Кожные изменения, указанные выше и активная язва.
* **A:** Без симптомов
* **S:** С субъективными симптомами (тяжесть, чувство распирание, судороги и др.).

**II. Этиологическая классификация (E)**

* **Еc:** Врожденное заболевание
* **Еp:** Первичное с неизвестной причиной.
* **Еs:** Вторичное с известной причиной: посттромботическое, посттравматическое и другие.
* **En:** Не удаётся установить причину заболевания

**III. Анатомическая классификация (A)**

* **АS:** Поверхностные вены
* 1. Телеангиоэктазии и ретикулярные вены.
* 2. Большая подкожная вена выше колена
* 3. Большая подкожная вена ниже колена
* 4. Малая подкожная вена
* 5. Изменение вен вне бассейна БПВ или МПВ
* **AD:** Глубокие вены
* 6. Нижняя полая вена.
* 7. Общая подвздошная вена
* 8. Внутренняя подвздошная вена
* 9. Наружная подвздошная вена
* 10. Тазовые - гонадная, широкой связки матки и др.
* 11. Общая бедренная вена
* 12. Глубокая бедренная вена
* 13. Поверхностная бедренная вена
* 14. Подколенная вена
* 15. Вены голени - передняя и задняя большеберцовые, малоберцовая (все парные).
* 16. Мышечные - икроножные, камбаловидные и др.
* **АР:** Перфорантные вены
* 17. Бедра
* 18. Голени.
* **An:** Нет изменений в венозной системе.

**IV. Патофизиологическая классификация.**

* **Pr:** Рефлюкс
* **Рo:** Обструкция
* **Pr,o:** Рефлюкс + обструкция
* **Pn:** Нарушений венозного оттока не обнаружено

**V. Клиническая шкала (подсчет баллов).**

* Боль: 0 - отсутствие; 1 - умеренная, не требующая приема обезболивающих средств; 2 - сильная, требующая приема обезболивающих средств.
* Отек: 0 - отсутствие; 1 - незначительный\ умеренный; 2 - выраженный.
* "Венозная хромота": 0 - отсутствие; 1 - легкая\умеренная; 2 - сильная
* Пигментация: 0 - отсутствие; 1 - локализованная; 2 - распространенная.
* Липодерматосклероз: 0 - отсутствие; 1 - локализованный; 2 - распространенный.
* Язва, размер (самой большой язвы): 0 - отсутствие; 1 - <2 см в диаметре; 2 - >2 см в диаметре;
* длительность существования язвы: 0 - отсутствие; 1 - <3 мес.; 2 - >3 мес.;
* рецидивирование язвы: 0 - отсутствие; 1 - однократно; 2 - многократно.
* количество язвы: 0 - отсутствие; 1 - единичная; 2 - множественные

# Этиология и патогенез

Пусковым механизмом в развитии варикозной трансформации вен принято считать нарушение нормальной работы венозных клапанов с возникновением обратного тока (рефлюкса) крови. Механизм развития варикозной болезни на клеточном уровне связан с нарушением физиологического равновесия между мышечными клетками, коллагеном и эластичными волокнами венозной стенки. На начальном этапе, при наличии генетических факторов риска и провоцирующих обстоятельствах (например, длительное нахождение в положении стоя) возникает замедление тока венозной крови. При этом изменяется так называемый shear-stress - параметр, представляющий собой совокупность показателей движения крови по сосуду, на который реагирует эндотелий. Эндотелиальные клетки реагируют на эти изменения и запускают механизм известный под названием «лейкоцитарный роллинг». В силу ещё недостаточно изученных взаимодействий, к эндотелию устремляются лейкоциты и «катаются» по его поверхности. Если провоцирующий фактор действует длительное время, то лейкоциты прочно фиксируются к эндотелиальным клеткам, активируя тем самым процесс воспаления. Этот процесс воспаления распространяется по венозному руслу нижних конечностей, вызывая и сочетаясь с дисфункцией эндотелиальных клеток, а затем и поражением венозной стенки на всю толщину. Особенно быстро этот процесс протекает в венозных клапанах, которые подвержены постоянным механическим нагрузкам. Как правило, первыми поражаются клапаны, подверженные максимальной механической нагрузке. В этом случае патологический сброс крови происходит через устье большой и малой подкожных вен, иногда - через крупные перфорантные вены. Избыточный объем крови, возникающий в поверхностных венах, постепенно приводит к перерастяжению венозной стенки. Нарастает общий объем крови, содержащийся в поверхностном венозном русле нижних конечностей. Этот возросший объём крови продолжает дренироваться в глубокую систему через перфорантные вены, перерастягивает их. В результате в перфорантах возникает дилатация и клапанная недостаточность. Теперь, во время работы мышечной венозной помпы часть крови сбрасывается через несостоятельные перфорантные вены в подкожную сеть. Появляется так называемый «горизонтальный» рефлюкс. Это приводит к снижению фракции выброса при «систоле» мышечной венозной помпы и появлению дополнительного объёма в поверхностном русле. С этого момента работа мышечной венозной помпы утрачивает свою эффективность. Возникает динамическая венозная гипертензия – при ходьбе давление в венозной системе перестает снижаться до цифр, необходимых для обеспечения нормальной перфузии крови через ткани. Возникает хроническая венозная недостаточность. Вначале появляются отёки, затем вместе с жидкостью в подкожную клетчатку пропотевают форменные элементы крови. Возникает липодерматосклероз и гиперпигментация. При дальнейшем сохранении и углубления нарушений микроциркуляции и стаза крови происходит гибель клеток кожи и возникает трофическая язва.

Итак, следует выделить главные пункты этиологии и патогенеза варикозной болезни:

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ**

1. Врождённая недостаточность клапанного аппарата.

2. Конституционные или наследственные особенности строения соединительной ткани стенки вен. 3. Снижение тонуса венозной стенки при нейроэндокринном влиянии.

4. Наличие профессии, связанной с длительным пребыванием на ногах.

**ПРОИЗВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕНАХ**

 1. Ретроградный ток крови при длительном ортостатическом давлении или при повышении внутрибрюшного давления.

2. Сброс крови из глубокой венозной системы в поверхностную.

3. Сброс крови из артериальной системы в венозную по артериовенулярным шунтам.

# Клиническая картина

Внешние проявления варикоза возникают значительно раньше, чем жалобы на усталость, боли, судороги. В стадии компенсации в течение длительного периода времени больные жалоб не предъявляют и расширение вен считают лишь косметическим дефектом. Некоторые больные лишь после длительной нагрузки ощущают тяжесть и полноту в ногах. В стадии субкомпенсации больные отмечают чувство тяжести, усталости, парестезии, тупые распирающие боли в конечностях, пастозность или отек их к концу рабочего дня, ощущение жжения в области варикозно расширенных вен, судороги икроножных мышц в ночное время. В стадии декомпенсации пациенты жалуются на постоянную тяжесть в ногах, боль, отечность, судороги в икроножных мышцах. Появляются темная пигментация, индурация (уплотнение) мягких тканей и трофические язвы в нижней трети голени, области внутренней лодыжки.

**В своем развитии варикозное расширение вен проходит 4 стадии.**

Основные симптомы **1-й стадии** заболевания носят больше косметический характер. Нарушение циркуляции крови приводит к повышению ломкости ногтей, их утолщению. Обращает на себя внимание то, что вены видны сквозь кожу. В начале заболевания можно наблюдать, как вены при нагрузке набухают, и их можно прощупать.

При первых признаках заболевания видно, что в данном месте вены стали более извилистыми.

**На 2-й стадии** заболевания появляются жалобы на тяжесть в ногах, быструю утомляемость. К вечеру человек начинает уставать быстрее, чем до болезни. Это происходит из-за того, что мягкие ткани нижних конечностей испытывают постоянное небольшое кислородное голодание. Расширенные вены начинают хорошо просматриваться через кожу, особенно в стоячем положении. На ногах остаются следы от носков и обуви вследствие того, что ноги на этой стадии заболевания начинают отекать. Ночью иногда возникают судороги икроножных мышц. Кроме того, по ночам в голени может временно пропадать чувствительность (возникает ощущение, как будто отсидели ногу).

**На 3-й стадии** заболевания начинаются заметные внешние изменения внутренней поверхности голени. Появляются пигментные пятна буроватого цвета, вызванные вы-ходом эритроцитов в межклеточную жидкость. В области голени развиваются [дерматиты](http://health-medicine.info/seborejnyj-dermatit/), которые могут сопровождаться высыпаниями, зудом или другими местными изменениями кожи.

**4-я стадия** заболевания характеризуется образованием трофических язв, которые могут осложняться тромбофлебитом, разрывом варикозного узла с кровотечением, хронической венозной недостаточностью.

К наиболее часто встречающимся осложнениям можно отнести: дерматит, экзему, рожистое воспаление, тромбофлебиты, кровотечения из варикозных узлов, трофические язвы.

# Диагностика

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 варикоза 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.

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 (венэктомия по 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).

# Лечение

**Цели лечения**
Лечение варикозной болезни носит комплексный характер и предусматривает устранение патогенетических механизмов (клапанная недостаточность перфорантных и магистральных вен), ликвидацию внешних проявлений заболевания (варикозных вен), а также, по возможности, коррекцию предрасполагающих и производящих факторов.

**Тактика лечения**
Выделяют консервативное, флебосклерозирующее и хирургическое лечения варикозной болезни. Это разделение достаточно условно, так как обычно применяют все три метода в том или ином сочетании

**Немедикаментозное лечение**
Рациональная организация физической активности, труда и отдыха, а также коррекцию рациона питания, направленную на снижение избыточной массы тела и профилактику запоров. Пациентам рекомендуют избегать длительных статических нагрузок в положениях “стоя” и “сидя”. С точки зрения улучшения функции мышечно-венозной “помпы” нижних конечностей целесообразно занятие подвижными видами спорта (бег, лыжи, велотренажер и др.), в особенности плаванием. Рекомендуется ношение удобной одежды и обуви на невысоком устойчивом каблуке. В случае деформирующего плоскостопия необходима его коррекция с помощью супинаторов.

**Компрессионная терапия**
Компрессионная терапия играет ключевую роль в консервативном лечении заболеваний вен. Она может использоваться самостоятельно или в дополнении к хирургическому вмешательству и/или склеротерапии, обеспечивая основные эффектына уровне макро- и микроциркуляторного русла.
Механизм действия компрессии при отсутствии венозного рефлюкса реализуется за счет:
- усиления капиллярного кровотока;
- снижение проницаемости истонченной основной мембраны сосудов;
 - уменьшение внутрилимфатического и интерстициального давления;
- уменьшение интерстициального отека;
- уменьшения выраженности венозной симптоматики.
В случае наличия венозного рефлюкса компрессия дополнительно обеспечивает:
- устранение или значительное уменьшение ретроградного кровотока;
- устранение патологической венозной емкости;
- уменьшение отека;
- лечение трофических нарушений при ХВН, их профилактика.
Компрессионная терапия может осуществляться как эластическими, так и неэластическими изделиями: эластические бинты, компрессионный трикотаж.

**Медикаментозное лечение при всех формах**

**Перечень основных лекарственных средств:**
1. Диосмин+Гесперидин
2. Флебодиа
3. Троксевазин
4. Гинкго билоба экстракт стандартизированный + гептаминола гидрохлорид + троксерутин.

**Перечень дополнительных лекарственных средств:**
1. Троксерутин гель
2. Гепарин натрия гель
3. Гепарин натрия
4. Эноксапарина натрия
5. Пентоксифиллин
6. Ацетилсалициловая кислота
7. Кислота аскорбиновая+рутин
8. Цефазолин

Фармакотерапия занимает одно из ключевых мест в комплексном лечении хронических заболеваний венозной системы нижних конечностей и их осложнений. С этой целью применяют разнообразные системные и местные лекарственные препараты. В тоже время, базисом для проведения патогенетически обоснованной медикаментозной терапии ХЗВ служат флеботропные лекарственные препараты.

**Флебосклерозирующее лечение**
Облитерация вен нижних конечностей с помощью химически агрессивных веществ (склеротерапия, склерозирование, склерооблитерация) является высокоэффективным способом лечения ХЗВ.
В настоящее время склерозирование проводят как жидкими растворами, так и их пенными формами. Детергентный склерозант, переведенный в состояние микропены, более активен, так как он вытесняет кровь, не разбавляется и остается в сосудах, обеспечивая полноценный контакт с эндотелием вен. Наиболее стойкая пена получается по методу Tessari (при помощи двух шприцев, соединенных через трехходовой переходник). Оптимальное соотношение жидкого склерозанта и воздуха - 1:4. Введенная пена легко визуализируется при ультразвуковом сканировании. При склерозировании стволов БПВ или МПВ по клиническим и гемодинамическим исходам, микропенная склеротерапия превосходит обычную. Поскольку микропенная склеротерапия подразумевает введение в просвет сосуда определенного количества воздуха, возникают опасения развития связанных с этим осложнений. Наиболее часто встречаются побочные эффекты в виде мигрени, временных визуальных расстройств, загрудинных болей. Однако возможны случаи ишемического инсульта у пациентов с открытым овальным окномза счет миграции пены в мозговые артерии. При микропенной склеротерапии, независимо от концентрации препарата, общий объем пены не должен превышать 10 мл на одну процедуру.
Показания к лечению определяет специалист, обследующий больного, на основании клинической картины, данных анамнеза болезни и жизни, результатов инструментального обследования. Основными условиями для успешного применения метода служат знание теоретических основ и хорошее владение техникой процедуры. Это возможно только в том случае, если у врача есть возможность постоянной практики. Проведение склеротерапии от случая к случаю, как правило, приводит к неудовлетворительным результатам и дискредитации метода.
Абсолютные противопоказания к склеротерапии: известная аллергия на склеропрепарат, тяжелые заболевания, острый варикотромбофлебит или тромбоз глубоких вен, тяжелая общая инфекция, недостаточная подвижность пациента, облитерирующей атеросклероз артерий нижних конечностей (стадия 3 или 4), беременность, грудное вскармливание.
Относительными противопоказаниями могут быть сочтены выраженные отёки нижних конечностей, местная инфекция в области предполагаемой склеротерапии, осложнения диабета (полинейропатия), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стадия 2), бронхиальная астма, аллергический диатез, тромбофилия с тромбозом глубоких вен в анамнезе.

**Оперативное лечение варикозного расширения вен**: показания: первичный варикоз. При вторичном варикозе показано, только при доста­точной проходимости глубоких вен (нормальная проба Пертеса и флебография) удаление вторично­го варикоза ускоряет отток через глубокие вены и уменьшает таким образом опасность тромбоза.

Важно перед [операцией](http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/vidy-xirurgicheskix-operacij.html): в предоперационном периоде необходимо варикозный статус детально на­рисовать на стоящем больном! (в положении лежа на операционном столе вены спадаются и становятся не видны).

Методом выбора при хирургическом лечении варикозного расширения вен является удаление вены на зонде по Бэбкоку. Эта операция имеет следующие этапы:

1. Разрез на 2 поперечных пальца от лодыжки, выделение вены
2. Разрез в паховой области и зонд Бэбкока. Выделение места впадения венозная звезда большой подкожной вены в бедренную вену
3. Дистально вводится зонд и проталкивается до паховой области
4. Перевязка всех периферических ветвей в месте впадения в бедренную вену, для профилактики рецидива ([кроссэктомия](http://surgeryzone.net/info/informaciya-po-flebologii/krossektomiya.html%22%20%5Ct%20%22_blank)) + отыскива­ние несостоятельных перфорантных вен че­рез маленькие разрезы на голени и их лигирование, прошивание (субфасциально) и последующее закрытие фасциальным швом + Exhairese, лигирование всех поверхностных (ранее нарисованных венозных конгломератов через маленькие дополнительные разрезы).
5. В конце операции производится вытягивание большой подкожной вены на зонде Бэбкока (смотри рису­нок) и нога забинтовывается эластичным бинтом.
6. В послеоперационном периоде после хирургического лечения варикозного расширения вен швы удаляются на 10 день, компрессионные чулки класс II на 2-3 месяца, достаточная подвижность пациента.

Прогноз при варикозном расширении вен:

при склерозирующей терапии 40-80% рецидивов в течение 5 лет, рецидивы после оперативного лече­ния: 5-15% (особенно вследствие недостаточной перевязки перфорантных вен!), летальность: 0,02%.

# Профилактика

Если у вас есть начальные признаки варикозной болезни, то соблюдение достаточно простых правил позволит замедлить, а в некоторых случаях и избежать ее дальнейшего развития. Прежде всего, не увлекайтесь горячими ваннами, сауной, длительным пребыванием на солнце. Все перечисленное снижает венозный тонус, ведет к застою крови в нижних конечностях. Не носите обтягивающей одежды, чулок и носков с тугими резинками, так как это ведет к сдавлению вен. Избыточная масса тела и занятия спортом, связанные с большой статической нагрузкой на ноги (теннис, тяжелая атлетика, бодибилдинг) увеличивают венозное давление. Высокие каблуки (выше 4 см) - нашим венам не нравятся. Берегите вены, не травмируйте их. Не сидите нога на ногу! При забрасывании одного колена на другое создаётся препятствие на пути кровотока. Если вы чувствуете тяжесть в ногах вечером после рабочего дня, во время сна и отдыха ноги следует держать в приподнятом состоянии. Если ваша работа сопровождается долгим сидением за столом или вы долго стоите, то следует чаще менять положение ног, шагать на месте, вращать стопы. После душа или принятия ванны ноги ополосните холодной водой. Существуют виды спорта, которые полезны при этом заболевании - это, прежде всего плавание, а также ходьба, прогулки на велосипеде, лыжах. Основа для профилактики - бинтование ног, либо ношение специального компрессионного трикотажа, применение флеботоников как во время беременности, так и после родов. Не пренебрегайте упомянуть о своих венах гинекологу, когда вам назначается гормональный препарат, так как эти лекарства влияют на работу вен, снижая их тонус. При незначительном расширении варикозных вен нижних конечностей целесообразно настойчиво проводить профилактические мероприятия: при сидячей или стоячей работе периодически двигаться, давать дозированную нагрузку на мышцы нижних конечностей, подниматься на носки, энергично ходить (можно на месте). Это способствует сокращению мышц, улучшению кровообращения, усилению венозного оттока крови. Хороший эффект дает бинтование нижних конечностей эластичными бинтами. Бинтование начинают утром, еще не вставая с постели. Бинт накладывают от основания пальцев стопы и бинтуют до нижней трети бедра так, чтобы каждый последующий тур наполовину прикрывал предыдущий. Можно применять и специальные лечебные чулки.

# Выводы

Таким образом, мы выявили, что варикозная болезнь вен нижних конечностей – поли­этиологическое заболевание, в генезе которого имеют значение наследственность, ожирение, нарушения гормонального статуса, особенности образа жизни, а также беременность. Варикозное расширение вен может представлять серьезную угрозу для здоровья человека, вплоть до летального исхода. Поэтому важную роль в профилактике заболевания играет формирование правильных поведенческих стереотипов у пациентов. Лицам, имеющим врожденную предрасположенность, не рекомендуются профессии, связанные с ортостатической нагрузкой. Лицам, труд которых связан с длительным пребыванием на ногах и тяжелой физической нагрузкой, рекомендуем переход на другую работу; необходимо ношение удобной обуви (при наличии плоскостопия супинатора); рекомендуем: контрастный душ, лечебную физкультуру, прием витаминов, диету, нормализацию массы тела.

# Список источников

* 1. Аскерханов, Р.П. Вопросы этиологии и патогенеза варикозного расширения вен нижних конечностей / Р.П. Аскерханов // Флебология. 2010 г.
	2. Чернуха, Л.М. Ультразвуковая диагностика и классификация варикозной болезни / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч // Флебология. – 2010 г.
	3. Сабельников В.В.; Шулепова Е.К. Варикозная болезнь нижних конечностей, современный взгляд на проблему: методическое пособие 2012 г.
	4. Нестерова, А.В. Болезни ног и варикозное расширение вен. Лечение и профилактика / А.В. Нестерова. - М.: Книга по Требованию, **2014 г.**
	5. Заболевания вен / Под редакцией Хелани С. Фронек. - М.: ГЭОТАР-Медиа, **2013 г.**
	6. Ситников, П. В. Варикозная болезнь. Советы и рекомендации по лечению и профилактике / П.В. Ситников. - М.: Феникс, **2015 г.**
	7. <http://health-medicine.info/varikoznoe-rasshirenie-ven/>
	8. http://surgeryzone.net/