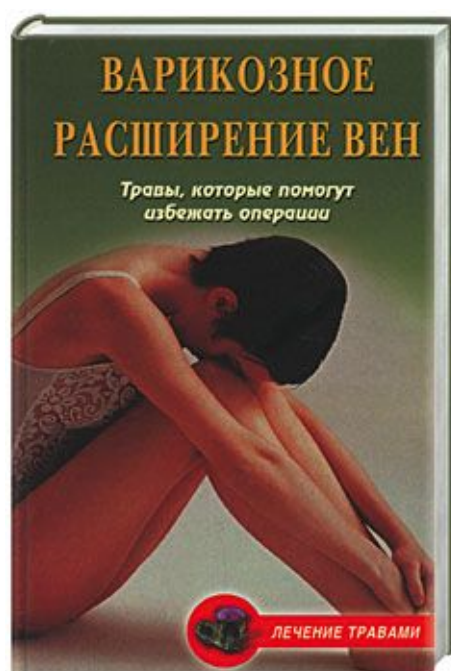




**Ольга Абрамович
Вера Александровна Подколзина
Варикозное расширение вен. Травы,
которые помогут избежать операции**

Публикуется с разрешения правообладателя: Литературного агентства «Научная книга»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=167982

Варикозное расширение вен. Травы, которые помогут избежать операции: Этерна; 2006

ISBN 5-480-00072-1 978-5-480-00072-6

Аннотация

Более 50 % женщин страдают варикозной болезнью. Это очень коварный недуг, причиняющий немало физических страданий и эстетических неудобств, к тому же приводящий к ряду серьезных осложнений. В книге рассматриваются причины возникновения и развития, основные проявления болезни, методы диагностики, даются конкретные рекомендации по лечебной гимнастике, массажу, санитарно-курортному лечению, правильному наложению эластичных повязок. Но основная задача книги – предотвратить хирургическое вмешательство с помощью лекарственных трав.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
ЧТО ТАКОЕ ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ?	6
Строение и функции венозной системы	7
Функции венозной системы	7
Строение венозной системы	8
Строение вен нижних конечностей	8
Клапаны вен	9
Основные причины и механизм развития варикозной болезни (патогенез)	12
Как развивается варикозная болезнь?	15
Эпидемиология варикозной болезни	17
Кто прежде всего подвержен этому заболеванию?	18
Тест, определяющий степень возможности вашего заболевания варикозным расширением вен	19
Почему женщины чаще всего страдают варикозным расширением вен?	20
Варикозное расширение вен у мужчин	23
Варикозное расширение вен конечностей у детей	24
Геморрой	27
Варикозное расширение вен пищевода	30
Варикозное расширение вен конечностей	31
Клиническая классификация варикозной болезни	33
Клиническая картина	34
Диагностика	36
Методы обследования больного	37
Конец ознакомительного фрагмента.	39

Абрамович Ольга Дмитриевна, Подколзина Вера Александровна Варикозное расширение вен. Травы, которые помогут избежать операции

ВВЕДЕНИЕ

Данная книга предназначена для широкого круга читателей. Более 50 % женщин страдают варикозной болезнью. Это очень коварный недуг, причиняющий немало физических и эстетических неудобств, приводящий к ряду серьезных осложнений. В книге приводятся причины развития заболевания, основные проявления болезни, методы диагностики. Книга освещает рекомендации по комплексному лечению варикозной болезни, посвящена проблеме широкого использования лекарственных трав в профилактике и лечении этого заболевания. В ней даны рекомендации по лечебной гимнастике, массажу, санаторно-курортному лечению, правильному наложению эластических повязок. Основная задача книги – предотвращение травмирующего хирургического лечения с помощью лекарственных трав.

Варикозное расширение вен – заболевание, характеризующееся изменением формы, строения и функции венозной системы, нарушением венозного кровотока, прогрессирующим течением и появлением ряда осложнений. Оно может быть самостоятельным заболеванием или симптомом другой болезни.

Варикозное расширение вен – весьма распространенное и разнообразное по своим проявлениям заболевание. Это обусловлено, с одной стороны, причинами и механизмами его возникновения, а с другой – индивидуальными особенностями организма. Варикозному расширению подвержены не только сосуды конечностей, но и вены внутренних органов (прямой кишки, пищевода и др.).

Осложнения и периодические обострения варикоза часто приводят к временной потере трудоспособности, а прогрессирование распространенности болезни преимущественно среди наиболее работоспособной части населения, значительные трудовые и материальные потери, связанные с лечением и частой инвалидизацией больных, указывают на социальную значимость этой проблемы, требующей безотлагательного решения.

В последние десятилетия заболеванию вен, в частности варикозному расширению их, уделяется большое внимание. У нас в стране выяснением причин и механизмов развития варикозного расширения вен, совершенствованием методов диагностики и лечением занимаются центры сосудистой хирургии и специализированные сосудистые флебологические отделения.

При написании книги перед нами стояла задача рассказать об основных причинах варикозного расширения вен и дать конкретные рекомендации по профилактике, лечению и образу жизни, которые помогут вам вернуть здоровье. Сегодня от варикозных вен можно избавиться достаточно быстро, даже не прибегая к операции, особенно если болезнь не запущена и соответствующие меры приняты вовремя.

Ваши больные вены исчезнут, а это значит, что ноги вновь станут такими же здоровыми и соответственно красивыми, что немаловажно для женщин. У вас улучшится кровообращение, что поможет вам чувствовать себя значительно бодрее, а значит, и повысит работоспособность. Благодаря нашей книге, дорогие читатели, вы сможете отчетливо понять, что именно происходит в организме, когда начинает развиваться варикозное расширение вен. А

главное, чтобы, разобравшись во всем этом, вы не пугались, не прятали ваши ноги и не прибегали к самостоятельному лечению, а точно знали, что именно и как нужно делать. Итак, читайте книгу и избавляйтесь как от самого варикоза, если уже заболели им, так и от возможности обзавестись этим неприятным недугом.

ЧТО ТАКОЕ ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ?

Варикозная болезнь – это расширение поверхностных вен, сопровождающееся нарушением кровотока. Варикозное расширение вен развивается обычно над венозными клапанами и связано со слабостью венозных стенок и с повышением давления крови в венах. Когда вены здоровы, клапаны внутри них подгоняют кровь, однако, если стенки сосудов ослаблены, они могут расширяться, разъединяя створки клапанов. В результате функции клапанов нарушаются, и под силой тяжести кровь просачивается обратно. Она скапливается в нижних участках ног, и в результате мы имеем вздутые варикозные вены. Расстройства венозного кровообращения возникают либо как проявление общих расстройств при недостаточности кровообращения, либо в результате патологических процессов в самой венозной системе.

Варикозное расширение вен – заболевание, при котором происходит расширение вен из-за постоянного давления крови. Вены начинают выступать на внутренней стороне икр и голени, иногда сеточки вен явно просматриваются на бедрах. Представьте себе, что кровь в ваших венах – как вода в бассейне.

Чем глубже вы ныряете, тем больше она на вас давит. И это давление на вены прямо пропорционально весу человека. Иначе говоря, у людей высоких и тучных, страдающих варикозом, заболевание проходит тяжелее, чем у невысоких и худощавых.

Считается, что это заболевание встречается у четверти взрослого населения планеты. В нашей стране заболеванием вен страдают более сорока миллионов человек. И половина жертв этого заболевания не подозревают, что необходимо вплотную заняться проблемами собственного здоровья. А ведь варикозное расширение вен – это не только косметический недостаток. Оно чревато серьезными последствиями, осложнениями, неблагоприятный исход которых может грозить даже смертью. Чтобы разобраться, как и почему возникает варикозная болезнь, нужно немного подробнее остановиться на строении и функционировании сосудистой системы ног.

Строение и функции венозной системы

Артериальная кровь из левого желудочка в сердце поступает в аорту, затем по отходящим от нее артериям, которые делятся на более мелкие (вплоть до капилляров), она направляется к органам и тканям. В процессе циркуляции по капиллярам эта кровь забирает из тканей продукты обмена, насыщается углекислотой и по венозным капиллярам собирается в вены, постепенно увеличивающиеся в размерах, и направляется к сердцу. Венозная система большого круга кровообращения состоит из ряда морфологически обособленных систем. К ним прежде всего относится система воротной и нижней полых вены, а также система воротной вены, которая собирает кровь из всех органов и тканей. Верхняя и нижняя полые вены впадают в правое предсердие. Систему верхней полых вены составляют вены туловища, головы и верхних конечностей. Система нижней полых вены состоит из сосудов нижних конечностей, частично вен туловища, расположенных ниже диафрагмы, почечных и воротной вен. Воротная вена собирает кровь из непарных органов брюшной полости (селезенки, желудка, поджелудочной железы и кишечника), делится на правую и левую ветви и впадает в печень. Здесь ветви постепенно делятся до капилляров, кровь из которых собирается в печеночные вены. Последние впадают в нижнюю полую вену.

Строение вен верхних и нижних конечностей имеет свои особенности. Первая – наличие поверхностной и глубокой системы вен; вторая – наличие на внутренней поверхности вен клапанов, которые играют большую роль в осуществлении оттока крови.

Клапаны располагаются от пальцев рук до плеча и от пальцев ног до бедра. Количество клапанов на руках и ногах уменьшается от пальцев кисти к плечу и пальцев стоп к бедру. На руках в венах насчитывается до 20, на ногах до 25 клапанов. Особенностью поверхностных вен является наличие крупных стволов, идущих независимо от артерий. Глубокие вены всегда следуют строго вдоль одноименных артерий. Они, как правило, бывают парными. Поверхностные вены впадают в глубокие. Кроме того, они соединены между собой соединяющими сосудами, по которым кровоток осуществляется из поверхностных вен в глубокие.

Функции венозной системы

Венозная система осуществляет отток крови, насыщенной углекислотой и продуктами обмена. Кроме того, в кровеносное русло благодаря венам попадают гормоны из желез внутренней секреции, а также различные питательные вещества, всасывающиеся в желудочно-кишечном тракте. Вены играют роль в регуляции общего и местного кровообращения, а также и в распространении различных болезненных процессов: воспалительных (тромбофлебиты), опухолевых (метастазирование), эмболий (жировых, воздушных и т. д.).

Циркуляция крови по венам существенно отличается от циркуляции по артериям. Артериальная кровь в норме выбрасывается сокращением сердца под давлением 120 мм рт. ст., в капиллярной сети сила сердечного толчка угасает, и давление падает до 10 мм рт. ст.

В связи с этим давление и скорость кровотока в венах значительно ниже, общая емкость венозной системы в 2 раза превышает емкость артерий. Вот почему тот же объем крови, выброшенной в аорту сокращением левого желудочка, должен распределиться в гораздо большей емкости при замедленном токе венозной крови. В этом основное отличие венозной системы от артериальной. Исключение составляет кровообращение в малом круге, где емкости сосудов одинаковы.

Второй отличительной чертой венозной системы является движение крови в преобладающей части против силы тяжести, в связи с чем венозная кровь испытывает на себе всю силу гидростатического давления.

Строение венозной системы

Венозная стенка состоит из трех слоев без резкого их разграничения с преобладанием во всех них коллагено-вой ткани, которая обеспечивает особую прочность стенки вены. Мышечная ткань располагается в виде отдельных пучков в продольном и спирально-циркулярном направлении. Пассивная сопротивляемость гидростатическому давлению осуществляется в вене за счет коллагенового слоя эластических волокон, активная – за счет мышц. Однако полной компенсации гидростатического давления мышцы не обеспечивают, поэтому при неблагоприятных условиях происходят растяжение вен и затруднение оттока крови.

К важнейшим факторам, обуславливающим нормальный венозный отток крови, относятся сокращение мышц конечности, дыхательные движения диафрагмы, напряжение и расслабление брюшного пресса и присасывающая сила грудной клетки с изменением отрицательного давления во время вдоха и выдоха. Присасывающая сила грудной клетки сказывается больше всего на венозном оттоке верхних конечностей и других сосудов, впадающих в верхнюю полую вену.

Первостепенную роль в венозном кровотоке играют клапаны. Наличие клапанного аппарата в венах обуславливает центральное движение венозной крови и регулирует коллатеральное кровообращение. Скорость венозного кровотока и давления во многом зависит от тонуса венозной стенки, которая постоянно находится под воздействием двигательной и чувствительной иннерваций, а также под влиянием веществ, находящихся в крови. Толщина венозных стенок наряду с другими факторами способствует передвижению крови к сердцу и регулирует наполнение крови правого желудочка.

Вены обладают еще одной способностью: при затруднении венозного оттока посредством соединяющих связей осуществляется дополнительный путь крови из одной системы в другую (например, из глубокой в поверхностную).

Строение вен нижних конечностей

Вены нижних конечностей располагаются в мягких тканях на различной глубине и образуют венозную сеть, которая подразделяется на два отдела – поверхностный и глубокий.

Поверхностные вены располагаются непосредственно под кожей. Это большая и малая подкожные вены и их более мелкие притоки. Притоки большой подкожной вены собирают кровь с передней поверхности стопы, с передней и внутренней поверхностей голени. Далее ствол вены проходит по внутренней поверхности бедра и впадает в бедренную вену в паховой области. Через систему большой подкожной вены кровь оттекает от 2/3 поверхностей нижней конечности. Малая подкожная вена расположена на задней поверхности голени и впадает в подколенную вену на границе коленного сустава. Поверхностные подкожные вены бедра и голени являются дополнительными и помогают венам, расположенным глубоко в мышцах. Малая подкожная вена обеспечивает отток венозной крови от наружной поверхности голени. Она анастомозирует с системой глубоких вен голени через прямые и не прямые соединяющие вены.

Глубокие вены (задние и передние берцовые, подколенная, бедренная, глубокая вена бедра) располагаются по ходу мышц и обеспечивают отток 80–90 % венозной крови от ног. Между глубокими и поверхностными венами имеется сообщение – коммуникантные вены (соединяющие). В нормальных условиях по коммуникантным венам голени и бедра осуществляется отток крови из поверхностных вен в глубокие.

Клапаны вен

В обеспечении направления как артериального, так и венозного кровотока, решающую роль играют клапаны сердца, легочной артерии, аорты, а также венозной системы. Очень много клапанов в лимфатических сосудах. Клапаны состоят из коллагеновых, эластичных и гладких мышечных волокон. С обеих сторон они покрыты эндотелием. Особенностью вен нижних конечностей является то, что в их ветвях в месте впадения в более хрупкую вену или месте слияния равноценных вен имеется клапан, а там, где вена впадает в более хрупкую, в последней всегда обнаруживается клапан ниже впадения коллатерали. В венозных коллатералиях клапанов значительно больше, чем в магистральных венах. Особенно много клапанов в мышечных венах. Клапаны специфичны для вен нижних конечностей. Их нет в системе воротной вены, в венах легких, головного мозга, шеи. Нет клапанов и в полых венах, общей подвздошной вене, их мало или вовсе нет в наружной подвздошной вене.

Клапаны вен регулируют поддержание и направление кровотока в системе нижней поллой вены. Они обеспечивают движение крови в строго определенном направлении. Клапаны в магистральных подкожных венах обеспечивают движение крови только в направлении к центру. Между тем движение крови по соединяющим (коммуникационным) венам возможно только в сторону глубоких вен. В системе глубоких вен нижних конечностей при полноценных клапанах кровь течет только к центру. Несмотря на наличие клапанов в системе нижней поллой вены, движение крови по ней во многом зависит от положения человека. В положении лежа кровоток осуществляется при венозном давлении, равном давлению в венах верхних конечностей. В положении стоя 85–90 % крови из подкожных вен через соединяющие вены попадает в глубокие вены, где условия для гемодинамики значительно лучше, чем в поверхностных венах. Таким образом, если строение клапанов нормальное, горизонтальный сброс венозной крови из системы подкожных вен направлен только в сторону глубоких вен. Во время ходьбы условия гемодинамики резко улучшаются в результате активной функции мышечно-фасциальных насосов стопы и голени.

Клапаны вен подвержены различного рода патологическим изменениям. В процессе внутриутробного развития и в детском возрасте, когда в основном заканчивается формирование венозных клапанов, уже наблюдаются аномалии их строения. Врожденная неполноценность клапанов создает предпосылки для нарушений венозного оттока и ускоряет развитие варикозной болезни.

Описаны наблюдения полного врожденного отсутствия клапанов в венах нижних конечностей, проявлявшегося тяжелыми формами варикозной болезни. В свою очередь факторы, способствующие развитию варикозной болезни, приводят к возникновению относительной недостаточности ранее полноценных клапанов. С развитием варикозного заболевания относительная недостаточность клапанов увеличивается и сопровождается деформацией, а затем и разрушением клапанных створок в процессе флебосклероза. В наибольшей мере флебо-склероз развивается в поверхностных венах, поэтому и тяжелые патологические изменения клапанов также наблюдаются в поверхностных венах. Вследствие фиброза происходят утолщение, укорочение и деформация клапанных створок, они уже не смыкаются, что и является причиной несостоятельности клапана. В глубоких венах процесс флебосклероза, как правило, менее выражен, а несостоятельность клапанов чаще обусловлена равномерными расширениями вен. Естественно, что анатомическая неполноценность отдельных клапанов может сочетаться с приобретенной относительной неполноценностью других венозных клапанов. Кроме того, с увеличением возраста может развиваться атрофия отдельных клапанов, что также создает предпосылки к нарушениям венозного оттока, воз-

никновению местной гипертензии в венах. Вследствие этого также может нарушаться функция ниже расположенных клапанов.

Второй наиболее частой причиной морфологических изменений клапанов, вплоть до их полного разрушения, является тромбоз. Венозные клапаны иногда повреждаются во время травм. Падение человека с высоты нескольких метров на ноги может сопровождаться разрывом клапанных створок. Таким образом, при варикозной болезни нарушения функции клапанов развиваются под влиянием различных факторов и наблюдаются во всех отделах венозной системы нижних конечностей: в глубоких, поверхностных, соединяющих и мельчайших венах. Нарушение функции клапанов лежит в основе развития варикозной болезни.

Для нормального кровообращения нужно, чтобы кровь по венам двигалась от периферии к центру, т. е. к сердцу, и не перемещалась обратно под действием силы тяжести. Это обеспечивают как раз клапаны, располагающиеся на внутренней стенке вены. Когда кровь движется в нормальном направлении к сердцу, створки клапанов раскрываются и пропускают кровь. Если скорость движения крови высока, створки клапанов прижимаются к стенкам вены. Если же кровь замедляет свой ток, клапан постепенно закрывает свои створки. Когда же кровь стремится в обратном направлении, створки закрываются совсем и таким образом препятствуют обратному току крови. Кровообращение обеспечивается за счет разницы давления. Из мест повышенного давления кровь течет туда, где давление ниже, причем, чем больше эта разница, тем сильнее кровообращение, тем интенсивнее обменные процессы. В артериолах давление должно быть больше, чем в венах. Это и заставляет кровь из капилляров поступать в вены, а затем в более крупные вены и двигаться дальше к сердцу, где давление в вене самое низкое. Если же в венах давление увеличивается, то скорость обменных процессов соответственно уменьшается. Если бы давление в венах было равно давлению в артериолах, то кровь и вовсе остановилась бы, а обменные процессы прекратились. Есть и еще одно важное обстоятельство. Стенки вен и артерий устроены по-разному. И те и другие сосуды должны быть эластичными, т. е. обладать способностью расширяться и сужаться в зависимости от необходимости. Но у артерий стенка толстая за счет большого количества коллагеновых, эластичных и мышечных волокон. Это и позволяет артериям пульсировать, помогая току крови. А вот стенки вены содержат меньше таких волокон и поэтому не в такой степени эластичны, как стенки артерий. Однако эластичность вен конечностей поддерживается извне. Ведь они окружены мышцами, которые, соприкасаясь, оказывают давление на вены и способствуют току крови.

Диаметр каждого конкретного сосуда и строение его стенки определяются непосредственной функцией именно этого сосуда. Например, самые маленькие вены, вены, не имеют мышечного слоя, а имеют лишь эндотелиальную и фиброзную оболочку. Стенки у вен тонкие. Поэтому в случае чрезмерного повышения внутреннего давления из-за препятствий, возникающих в венах при оттоке крови, эти мельчайшие сосуды будут первыми выходить из строя. Самые же крупные вены, полые, имеют большой диаметр и соответственно самую толстую стенку. Они не участвуют в обмене веществ и играют лишь роль передаточной емкости. Возникает вопрос: благодаря чему кровь поднимается по венам обратно к сердцу? Для этого в организме существует не только один механизм, способствующий постоянной и равномерной циркуляции кровяных потоков по венам.

Во-первых, это происходит еще и благодаря тому, что при вдохе в легких от их расширения образуется частичный вакуум, благодаря которому происходит своеобразный подсос крови. Во-вторых, этому способствует работа мышц, которые при напряжении, сдавливая вены, способствуют проталкиванию крови далее. Человеческие мышцы поэтому называют иногда вторым сердцем. Наконец, вступают в работу венозные клапаны, которые не позволяют крови двигаться в обратном направлении. А поскольку именно нарушение работы венозных клапанов и вызывает варикозное расширение вен, варикозу прежде всего подвер-

жены ножные вены. Не только потому, что они самые длинные, но еще и потому, что они самые отдаленные, и усилия, необходимого для того, чтобы кровь от стенки достигла сердца, требуется гораздо больше. Более всего варикозу подвержены большая и малая подкожные вены.

Большая подкожная вена – самая длинная вена человеческого тела, она сливается с бедренной веной и впадает вместе с ней в подкожную вену, находящуюся в тазу. Подвздошная же в свою очередь впадает в нижнюю полую вену, которая несет кровь к сердцу. Обе вены располагаются в жировой прослойке непосредственно под кожей.

Крови, чтобы добраться от нижних конечностей к сердцу, необходимо преодолеть гораздо большее расстояние и гораздо большую силу тяжести, чем от всех прочих участков тела.

Как раз это и может явиться одной из причин деформации вен, особенно если вам достались по наследству более слабые вены. Если же вены в нижних конечностях начинают расширяться, это может привести к недостаточному смыканию клапанов, что в свою очередь приводит к противотоку крови.

Участки вен начинают переполняться кровью, растягиваться еще больше, извиваться, образовывать в наиболее слабых местах своеобразные узлы и мешочки. Таким образом, одно нарушение вызывает другое. И этот процесс, если вовремя не вмешаться и не остановить его, может привести к самым трагическим последствиям. Процесс растяжения поверхностных подкожных вен, т. е. собственно развитие варикозной болезни, происходит в тех случаях, когда кровь не встречает каких-либо препятствий в преодолении расстояния от ступни к сердцу.

В этих случаях происходит как бы сброс крови из глубоких вен в поверхностные, имеющие больше степеней свободы из-за эластичности кожного покрова. Если такой «сброс» представляет собой кратковременное явление, то никаких особых нарушений не происходит. Если же «препятствие» не снимается долгое время, то в конце концов происходят искажение и перерастяжение поверхностных вен, особенно если они наследственно слабы.

Скорость венозного кровотока и давление во многом зависят от тонуса венозной стенки, который находится постоянно под воздействием двигательной и чувствительной иннерваций, а также под влиянием веществ, находящихся в крови.

Тонус венозных стенок наряду с другими факторами способствует передвижению крови к сердцу и регулирует наполнение кровью правого сердца. Вены обладают еще одной способностью: при затруднении венозного оттока посредством коммуникантных связей осуществляется коллатеральный (дополнительный) путь крови из одной системы в другую (например, из глубокой в поверхностную).

Основные причины и механизм развития варикозной болезни (патогенез)

На протяжении многих десятилетий причины варикозной болезни являются предметом дискуссий, которые не прекращаются и в настоящее время. Выдвинуто большое число теорий, пытающихся объяснить причины и механизм развития этого заболевания. Среди них наибольшее распространение получили следующие: наследственная, механическая, гормонально-эндокринная, инфекционно-аллергическая.

На основании длительного изучения данного заболевания отмечено, что варикозная болезнь является *наследственным заболеванием*. При опросе больных, страдающих варикозным расширением вен, а также при обследовании их семей, как правило, выявляются родственники, страдающие болезнями вен. По наследству передается предрасположение к возникновению заболевания, которое выражается во врожденной слабости соединительной и мышечной тканей стенки вены, ее клапанов (клапанов может быть слишком мало), а также в неправильном строении стопы. Не исключаются также врожденные нарушения развития венозной системы. Заболевание наследуется чаще по женской линии. Вены у подобной категории людей могут выдерживать лишь нормальное давление. При чрезмерной физической нагрузке (особенно в юношеском возрасте) сосуды нижних конечностей переполняются кровью, в них повышается венозное давление, которое при слабости стенки приводит к расширению вен. Примером тому является расширение вен у спортсменов-штангистов. Однако далеко не у всех людей, имеющих врожденную предрасположенность к этому заболеванию, обязательно проявляется варикозное расширение вен. Следовательно, для развития и возникновения заболевания необходимы еще и другие какие-то причины. Обсуждая вопросы развития варикозной болезни, следует отметить передачу по наследству двух факторов. Это нарушения соотношений коллагена и эластина в стенках вен, что обуславливает их плохую сопротивляемость повышению внутрисосудистого давления.

Стенки вен чрезмерно растягиваются, что приводит к развитию относительной недостаточности клапанов и нарушению кровотока. Второй фактор – это недостаточная оснащенность вен клапанами и их врожденная анатомическая неполноценность. Естественно, что при сочетании обоих этих факторов заболевание может протекать с ранним появлением его первых признаков и быстрым развитием симптомов.

По первому признаку заболевание ближе стоит к группе коллагенозов, по второму – к категории ангиодисплазий. Коллагеноз и ангиодисплазии – заболевания наследственные, и близость варикозной болезни к этим разновидностям врожденной патологии не может служить основанием, чтобы отдать предпочтение одному из них как основному причинному фактору.

Варикозная болезнь не встречается у животных. Только человеку присуще это заболевание из-за феномена наличия большей части циркулирующей крови ниже уровня сердца во время активной жизнедеятельности (60–70 %). Различают два вида гипертензии в венах нижних конечностей: ортостатическую и динамическую, которые играют основную роль в развитии варикозной болезни. Саму ортостатическую венозную гипертензию следует считать явлением физиологическим. Патологические проявления ее возникают при нарушениях функции венозных клапанов, когда в поверхностных и глубоких венах возникает патологический ретроградный кровоток. Патологические проявления динамической венозной гипертензии также возможны только при наличии противоестественного ретроградного кровотока. Такой кровоток возникает как в пределах глубоких вен, так и из соединяющих вен.

При классификации варикозной болезни выделены ее нисходящие и восходящие формы. При нисходящих формах заболевания основную повреждающую роль играет нисходящий кровоток, обусловленный деятельностью насоса нижней поллой вены.

Восходящая форма в большей мере обусловлена нарушениями кровотока под воздействием насосов стопы и голени. Но ни гипертензия, ни патологический кровоток сами по себе не вызывают варикозной болезни.

Только при наличии врожденной неполноценности вен эти факторы являются решающими в развитии заболевания.

Механическая теория основывается на отрицательном действии гидростатического давления на стенку вены в положении больного стоя и при действии всех факторов, ведущих к повышению внутрибрюшного давления, затрудняющих венозный отток из бассейна нижней поллой вены (беременность, опухоли малого таза и брюшной полости, тяжелая физическая работа стоя, хронические колиты, сопровождающиеся запорами, и др.).

У человека в положении стоя в покое даже при полноценной структуре клапанов и венозной стенки гидростатическое давление в венах нижних конечностей равно высоте столба крови от правого предсердия до точки измерения на нижних конечностях. Полноценные клапаны, рассекая этот столб на отдельные фрагменты, снижают отрицательное действие на них толчкообразных нагрузок. Движение крови к сердцу обеспечивается остаточным систолическим давлением сердца, тоническими сокращениями венозной стенки и присасывающей силой грудной клетки.

Это давление должно быть выше гидростатического. Вследствие длительного действия высокого гидростатического давления на венозную стенку расширяются ко-миссуры, расходятся морфологически полноценные створки клапанов, в результате чего наступает относительная клапанная недостаточность. Этот процесс проходит значительно быстрее при врожденной или приобретенной слабости мышечной и эластичных структур венозной стенки и самого клапана, а также при врожденном их недоразвитии. Ввиду того что высокое гидростатическое давление у человека постоянно, после возникновения относительной клапанной недостаточности развивается абсолютная в результате атрофии створок клапана как не-функционирующего образования.

В подтверждение этой теории приводятся данные о более частом заболевании варикозной болезнью лиц, труд которых связан с длительным пребыванием на ногах и высокой психологической нагрузкой (хирургов, стоматологов, наборщиков типографий), с подъемами больших тяжестей (грузчиков, землекопов, шахтеров и др.), а также беременных, больных с опухолями органов брюшной полости, особенно гениталий, и других, на которых влияют различные факторы, способствующие длительному и часто повторяющемуся повышению внутрибрюшного давления, затруднению оттока крови из вен нижних конечностей. Чрезмерные нагрузки, возникающие либо от избыточного веса, либо от излишне интенсивных физических нагрузок, особенно если они сопровождаются частым перетягиванием или пережатием тех или иных участков тела всевозможными повязками или тесной одеждой, приводит к тому что, вены в верхних частях начинают растягиваться, в результате чего пластинки клапанов становятся не в состоянии полностью перекрывать просвет, и часть крови поступает обратно. Это в свою очередь увеличивает давление на нижерасположенные участки вен, растягивает клапаны во всех более и более нижних зонах. И в конце концов на венах начинают образовываться всевозможные бугры и дополнительные извивы.

О роли *нейроэндокринных перестроек* в растяжении вен говорит тот факт, что чаще это проявляется в период полового созревания, при беременности, после родов, а также в период полового развития. В эти периоды происходят изменение обменных процессов и перестройка гормональной системы, в связи с чем изменяется сосудистая стенка.

Она становится подверженной к расширению. Поэтому первые признаки болезни начинаются в детстве, а более тяжелые формы – в пожилом возрасте.

Чаще всего такое происходит во время второй беременности. Если бы в этом случае причиной возникновения варикозного расширения вен было увеличение нагрузки в результате увеличения веса и кровотока, то болезнь не возникала бы на ранних стадиях беременности. То же, что она возникает именно на ранних стадиях беременности, особенно второй, позволяет сделать вывод, что ее причинами являются какие-то гормональные изменения, происходящие в организме матери в этот период.

Четвертой сопутствующей причиной заболевания можно назвать и следующую. У животных, передвигающихся на четырех конечностях, органы пищеварения находятся в свободном состоянии в брюшной полости. У человека же ввиду вертикального положения его тела желудок и кишечник, свисая вниз, могут передавливать крупные вены, несущие кровь к сердцу от нижних конечностей.

Переполненный кишечник, особенно последний его отдел, в котором скапливаются фекальные массы, может пережимать вены на достаточно продолжительный срок. А чем больше сдавливаются основные венозные стволы, тем большее сопротивление приходится преодолевать поступающей снизу крови. При напряжении живота давление в венах нижних конечностей достигает 200 мм рт. ст. и более. То есть имеется влияние внутрибрюшного давления на гидростатическое давление в венах нижних конечностей. Это связано с эвакуацией очень плотных кишечных масс. Последнее зависит от специфики питания населения, в частности от использования продуктов, бедных растительной клетчаткой. Этим объясняются и возрастное удлинение пассажа кишечных масс по кишечнику с увеличением возраста человека, и географическое распространение варикозного расширения вен.

Такое постоянное повышение внутрибрюшного давления и внутривенного давления со временем может привести к варикозному расширению вен.

Естественно, эвакуация кишечных масс с возрастом замедляется, но вряд ли можно считать этот факт главной причиной болезни.

Большая распространенность варикозной болезни в экономически развитых странах связана не только с преобладанием рафинированных продуктов в питании населения, но и с тем, что темп жизни в этих странах несравненно выше, чем в экономически отсталых.

Расширению вен способствуют воспалительные заболевания органов малого таза (особенно у женщин). Определенную роль играют и такие инфекции, как грипп, ангина.

Неблагоприятными факторами являются кашель и запоры, особенно если они имеют затяжной характер. Кашель и запоры повышают внутрибрюшное давление. Предрасполагающими моментами к расширению вен нижних конечностей служат избыточный вес и деформация стоп: продольно-поперечное плоскостопие, деформация пальцев. Люди с избыточным весом обычно неправильно и мало ходят.

Пятым фактором можно назвать малоподвижный образ жизни. Гиподинамия – это бич современного человека, приводящий к развитию многих заболеваний. Жители экономически развитых стран, особенно жители городов, ведут оседлый, малоподвижный образ жизни, поэтому их физическое развитие, несомненно, уступает физическому состоянию «людей природы». Наряду с увеличением факторов, вредно действующих на региональный кровоток, у них снижается сила мышц нижних конечностей. В результате ослабляется мышечно-венозный насос, который в основном продвигает кровь бассейна нижний полый вены к правому сердцу.

Например, если вы долго сидите, особенно на жестком стуле или скамейке, да еще положив ногу на ногу, то ваши вены находятся в сжатом состоянии. Соответственно участкам вен, особенно расположенным ниже голеней, в течение длительного промежутка времени достается повышенная нагрузка, заключающаяся в преодолении дополнительного

сопротивления. Мышцы же ног при этом практически не работают, т. е. не помогают проталкиванию новых потоков крови в верхние области. Когда вы, наоборот, долго стоите, ваши глубокие вены, особенно в районе голени, почти постоянно находятся в сжатом состоянии из-за непрекращающегося напряжения мышц. И теперь увеличенное сопротивление приходится преодолевать кровотоку на участках стопы и лодыжек. Гиподинамия – ограничение движений – отрицательно сказывается на деятельности системы кровообращения, вызывает вегетативно-сосудистые расстройства: изменение тонуса сосудов, увеличение частоты сердечных сокращений, снижение кожной температуры и др.

Ну и конечно же нельзя не отметить, что курение и алкоголь, особенно при злоупотреблении ими, также весьма способствуют износу вен, что в свою очередь может оказаться той недостающей каплей, которая и решит исход дела не в вашу пользу.

Ведь курение и алкоголь являются сосудорасширяющими средствами. Именно в этом и заключается их якобы стимулирующее действие при работе. От спиртных напитков еще и временно усиливается кровоток, а потом происходит обратный процесс – спад давления и сужение сосудов. В конце концов сосуды могут расширяться настолько, что клапаны на венах перестанут перекрывать просвет, а процесс заболевания варикозным расширением вен начнет в полную силу развиваться. Кроме того, под влиянием никотина в крови освобождается тромбок-сан, который способствует усилению свертываемости крови. А это прямой путь к скорому осложнению варико-за – тромбозу.

Итак, если к наследственной предрасположенности добавить пребывание в неподвижном (особенно стоячем или сидячем) положении, то могут возникнуть застои крови в нижних конечностях, нарушающие работу венозных клапанов и приводящие к расширению сосудов, что в свою очередь ведет к образованию всевозможных узлов и извилин. Другими причинами, приводящими к возникновению варикоза, могут быть препятствия свободному оттоку крови из нижних конечностей к сердцу, возникающие в результате развития беременности, при хронических запорах, опухолях, а также от ношения перетягивающих повязок, что вместе с наследственной предрасположенностью может привести к возникновению варикоза.

Как развивается варикозная болезнь?

При нарушении венозного кровообращения кровь задерживается в глубокой системе. Давление ее там повышается, а это в свою очередь не дает клапанам полностью развернуться. Клапаны начинают пропускать кровь в обратном направлении. Из коммуникантных вен кровь возвращается снова в поверхностные вены, и они переполняются. Повышается давление в венах, а значит, замедляются обменные процессы. Стенки сосуда столько, сколько могут, держать это давление, но со временем они слабеют, что приводит к их расширению. В начальных стадиях заболевания в ответ на повышение давления стенки вен утолщаются. В более поздних стадиях вены разрушаются и постепенно замещаются рубцовой тканью. Преобладающим процессом становится склероз. Но в поверхностные вены кровь из коммуникантных (соединяющих) вен поступает неравномерно. Поэтому поверхностные вены расширяются неравномерно, и образуются варикозные узлы. С глубокими венами все обстоит иначе. Их расширение носит равномерный характер.

Увеличивается проницаемость сосудов. В межтканевую жидкость выходит плазма, возникают отеки. Из сосудов выходят лимфоциты, потом очередь доходит до эритроцитов. Отек сдавливает капилляры, уменьшая их просвет. В межтканевое пространство продолжают проникать элементы крови, плазменные белки. Белки стимулируют развитие в коже и подкожной клетчатке соединительной ткани, вызывают склероз стенок мелких сосудов и капилляров. Сосуды теряют способность сокращаться и превращаются в простые трубочки с узким

просветом. В тканях нарушаются обменные процессы, образуются язвы, экземы, дерматиты. В конце концов механизм поддержания разницы давления в артериолах и венолах оказывается окончательно сломанным. Обменные процессы почти затухают. Возникает гипоксия (кислородное голодание) тканей. Чаще всего это происходит в нижней трети голени. Кожа становится холодной, ткани приобретают синюшный оттенок. Если вовремя не принять меры, образуются трофические язвы. Когда нарушается механизм движения крови в венозной системе, скорость кровотока замедляется. Кровь становится менее текучей. Тромбоциты, лейкоциты и эритроциты собираются в пучки, прилепляются друг к другу. Скопления эритроцитов могут и вовсе закупорить вены небольшого диаметра. Но самое страшное – в результате определенных химических реакций образуется белок фибрин, который и завершает образование тромба. Тромб прикрепляется к стенке сосуда, а «хвост» его свободно болтается в просвете вены, мешая движению крови. Грозные последствия может иметь варикозная болезнь. Поэтому к ней нельзя относиться легкомысленно, нужно обязательно предпринимать профилактические меры, чтобы не допустить развития варикоза.

Ну а если это все же произошло, очень важно вовремя заметить начало болезни и приступить к своевременному лечению.

Эпидемиология варикозной болезни

Определенный интерес представляют данные о географическом распространении варикозной болезни, или, как теперь говорят, об эпидемиологии варикозной болезни.

Варикозная болезнь преимущественно распространена в странах, прилегающих к Средиземному морю, в Западной Европе, Северной Америке. Заболеваемость варикозным расширением вен в Англии находится в пределах 10–17 %, у женщин Центральной Европы – 32 %, в странах Средиземного моря – 18 %.

В США варикозное расширение подкожных вен среди мужчин разного возраста встречается до 30 лет – в 19 %, 40 лет – в 23 % и 50 лет – в 42 % случаев, а среди женщин – соответственно в 44, 54 и 64,2 % случаев. В Европе соотношение заболеваемости варикозной болезнью женщин и мужчин равно 2: 1.

В развивающихся странах варикозное расширение вен нижних конечностей встречается значительно реже, чем в экономически развитых странах.

Национальная принадлежность имеет большее значение, чем место проживания и характер трудовой деятельности.

Так, в КНР, Японии, Вьетнаме, Индии, в наших южных республиках заболевание вен у местного населения встречается крайне редко.

В одних странах женщины болеют варикозным расширением вен в 2 раза чаще мужчин, в других же странах – наоборот, чаще болеют мужчины. В Индии заболеваемость варикозной болезнью выявляется в 9,7 %, в африканских странах – в 11,5 % случаев.

Установлена взаимосвязь между заболеваемостью и экономическим развитием страны и в меньшей степени – между заболеваемостью и этническими различиями.

Например, нет разницы в частоте заболевания между белыми и черными американцами.

Определена довольно контрастная зависимость частоты возникновения варикозной болезни от степени контакта этнически однородного населения Полинезии с западной цивилизацией.

У коренного населения острова Тихого океана Токелау заболеваемость варикозным расширением вен мужчин и женщин соответственно равна 2,9 % и 0,8 %.

Между тем на острове Раротонга, население которого больше, чем на упомянутом острове, приобщилось к западной культуре и образу жизни, эти показатели повышаются до 14,9 % – у женщин и 15,6 % – у мужчин.

А в Новой Зеландии – соответственно до 33,4 и 43,7 %. В городах Южной Африки и Индии варикозная болезнь чаще встречается среди обеспеченных жителей.

Кто прежде всего подвержен этому заболеванию?

Людей, более всех подверженных какому-либо заболеванию, в медицинской практике называют группой риска. Мы уже выяснили, что прежде всего заболеванию подвержены люди с наследственной предрасположенностью к этому.

Это, как правило, полученные в наследство слабые стенки варикозных сосудов и малое количество клапанов. Такую наследственность можно предполагать у себя с большой степенью вероятности в том случае, если кто-то из ваших ближайших родственников уже страдает или страдал варикозом. Однако практика показывает, что, во-первых, далеко не все имеющие такую наследственную предрасположенность люди обязательно болеют этой болезнью.

А во-вторых, часто эта болезнь поражает людей и с изначально вполне здоровыми и крепкими венами. Вероятно, в этих случаях на первое место выходят факторы, обусловленные образом жизни.

Часто подобная беда подстерегает профессиональных спортсменов как естественная реакция на чрезмерные физические нагрузки.

А кроме этого, есть и профессиональная предрасположенность к варикозному расширению вен. Это, как правило, люди, которые большую часть своего рабочего времени проводят стоя: хирурги, преподаватели, продавцы, парикмахеры.

А, например, артисты балета и грузчики подвержены этому заболеванию в большей степени, скорее всего из-за постоянной чрезмерной нагрузки.

Поскольку заболеванию варикозным расширением вен особенно подвержены женщины во время беременности, то не удивительно, что женщины страдают варикозным расширением вен примерно в четыре раза чаще, чем мужчины.

Кроме того, варикозное расширение вен может возникнуть и как следствие каких-либо других нарушений в организме. Например, вследствие нарушения сердечной деятельности. Особенно ослабления или перебои в подаче крови могут способствовать ее застою, что в свою очередь приводит не только к чрезмерному растяжению венозных сосудов, но еще и отекам. Также может пережать вену возникшая в результате удара или каким-либо иным путем опухоль. Также в группу риска при варикозной болезни входят еще несколько категорий людей.

Во-первых, это люди, страдающие плоскостопием, поскольку при неправильной структуре стопы ее артерии и вены постоянно испытывают повышенную нагрузку.

Во-вторых, сюда относятся и любители тесной модельной обуви, что вполне естественно. Это также в первую очередь относится к женщинам.

То же самое можно сказать о любителях темного загара, который влечет за собой солнечные ожоги.

Если при тесной обуви сдавливаются сосуды и замедляется кровоток, то при загаре сосуды плохо переносят продолжительный перегрев организма, стенки их, наоборот, растягиваются.

И наконец, рискуют своим здоровьем и те, кто совершает длительные пробежки по асфальту. Асфальт сильно увеличивает ударную нагрузку на стопу со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Также можно сюда отнести и чересчур страстных любителей бань.

Запомните! Активный образ жизни, солнечные ванны, занятия спортом, посещение парной русской бани и прочее при их неумеренном использовании могут вместо пользы приносить прямой вред.

Никогда не забывайте о том, что для здоровья главное – это мера. Мера всегда и во всем!

Однако чаще всего варикозное расширение вен возникает от целого комплекса причин, одновременно отрицательно влияющих на нормальный процесс кровотока в организме.

Для большей наглядности мы приведем небольшой тест, состоящий из определений, напротив каждого из которых вы можете поставить «плюс», если это относится к вам, или «минус», если это к вам не относится.

Чем больше плюсов вы наберете к концу теста, тем больше у вас шансов заболеть варикозным расширением вен.

Тест, определяющий степень возможности вашего заболевания варикозным расширением вен

Факторы, создающие предпосылки к заболеванию	
Вы старше 25 лет	
Вы женщина	
Ваши близкие родственники болеют расширением вен	
Вы страдаете от избыточного веса	
Вы часто переедаете	
Вы собираетесь в первый раз стать матерью	
У вас сидячий, малоподвижный образ жизни	
Вам приходится подолгу стоять	
У вас часто бывают запоры	
У вас гипертония	
У вас гипотония	
У вас сердечная недостаточность	
Вы принимаете гормональные лекарственные средства	
Вы курите	
Вы злоупотребляете алкоголем	

Если вы поставили большинство плюсов в этом тесте, обязательно обратите внимание на содержание этой книги и в случае чего покажитесь врачу.

Если же вы поставили почти одни минусы, то вам это заболевание скорее всего не грозит.

Однако береженого Бог бережет, так что не пренебрегайте полезной информацией и хотя бы бегло, но просмотрите эту книгу. Знакомство с ней займет у вас совсем немного времени, но это может в будущем сэкономить вам огромное количество не только времени, но еще и сил и средств.

Почему женщины чаще всего страдают варикозным расширением вен?

Мы уже отмечали, что женщины страдают этой болезнью гораздо чаще, чем мужчины. По мировой статистике, на каждого больного варикозом мужчину обычно приходится четыре женщины. Причем первые две причины этого странного неравенства можно объяснить двумя специфическими состояниями. Первое из них бывает только у женщин – это беременность. Второе – климакс. Здесь уже отличие не настолько очевидно, поскольку у мужчин тоже наступает с возрастом эта пора, хотя и не в столь ярком проявлении.

Но если принять в расчет то, что любые системы со временем так или иначе дают сбой, а женщины живут несколько дольше, чем мужчины, то и вены их работают на износ более долгий срок. Самым частым заболеванием сердечно-сосудистой системы во время беременности является варикозное расширение вен, встречающееся в 10–25 % случаев. Вообще у женщин заболевание вен в 90–96 % случаев связано с беременностью и родами. Иногда заболевание вен системы нижних конечностей осложняет течение беременности, родов и послеродового периода и может создавать определенную угрозу для здоровья женщин и плода. Расширение вен развивается в течение первых трех месяцев беременности у 30 % и в течение последующих трех месяцев у 70 % женщин. Чем же это объясняется?

В настоящее время доказано, что женщины имеют генетическую предрасположенность к варикозному расширению вен в 2–3 раза чаще мужчин. По-видимому, женщины являются передаточными наследственной предрасположенности к заболеванию: они носители патологического гена. Беременность и варикозная болезнь тесно связаны между собой по разным причинам. Во-первых, увеличивается давление на артерии и вены. Ве-30

нозные стволы в брюшной полости переполняются, и, для того чтобы доставлять кровь к сердцу, венам нижней половины тела приходится преодолевать непривычно большое давление. Во-вторых, во время беременности венозная система подвергается колоссальной нагрузке из-за увеличивающегося общего объема циркулирующей крови. Обычно объем кровотока у женщины возрастает в четыре раза, особенно резко в течение первых двух месяцев беременности. Затем он увеличивается еще вдвое на третьем месяце.

И в-третьих, при беременности резко повышается уровень женских половых гормонов, что вызывает расслабление мышечного слоя венозных стенок. Из-за этого просвет сосудов патологически расширяется, и венозные клапаны не могут сомкнуться полностью. В расширенных капиллярах застаивается кровь, увеличивается проницаемость их стенок. Жидкая часть крови – плазма – начинает выходить из капилляров в окружающие ткани, что ведет к отеку и сгущению крови в капиллярах. Замедление венозного оттока на нижних конечностях при беременности обусловлено в основном двумя причинами. Первой следует считать давление увеличенной матки на сосуды. Вторая причина заключается в том, что от беременной матки отток крови увеличивается почти в 20 раз. В связи с этим переполняются подвздошные вены, в которые впадают вены, несущие кровь из матки. Они не могут обеспечить нормальный отток из нижних конечностей.

Расширение сосудов нижних конечностей у 20 % беременных женщин сочетается с варикозным расширением вен влагалища. Это отягощает беременность, роды и послеродовый период, вызывая венозный застой в органах малого таза. К тому же развивается варикозное расширение вен прямой кишки (геморрой). При натуживании во время дефекации в венах малого таза повышается давление, могут наблюдаться разрывы варикозных узлов влагалища и прямой кишки. Появляется кровотечение. Постоянная кровопотеря даже в малых дозах приводит к малокровию женщины и косвенно влияет на развитие плода.

Варикозное расширение вен, имевшееся до беременности или возникшее во время нее, иногда предрасполагает к неправильному формированию плаценты, к низкой имплантации в матке оплодотворенного яйца, к несвоевременному отхождению вод при беременности. Каждая женщина, собирающаяся в будущем стать матерью и страдающая варикозом еще до беременности, должна посоветоваться с врачом-специалистом и получить советы и рекомендации о необходимости лечения.

Клинические проявления варикозной болезни у беременных характеризуются разнообразными факторами и симптомами. Наблюдается появление рисунка из расширенных кожных вен по всей конечности или на отдельных ее участках. Женщины обычно предъявляют жалобы только на сам факт расширения кожных вен и реже – на чувство тяжести в одной или обеих ногах.

Довольно часто варикозно расширяется большая подкожная вена на голени или бедре, реже – на всем протяжении нижней конечности. На внутренней поверхности ноги появляются сплошные выступающие узлы. Поражение обычно наблюдается на одной конечности. Причина его – давление отклоненной матки на подвздошные вены. Нередко варикозно расширяются стволы вен и их подкожные ветви. Расширение вен, появившись в первые три – шесть месяцев беременности, может приостановиться и в дальнейшем не прогрессировать.

Вторым фактором, обуславливающим превалирование варикозной болезни именно у женщин, является климакс. Климакс – это процесс, занимающий около пяти лет, когда яичники перестают выделять яйцеклетки и менструации постепенно прекращаются. К 55 годам, когда климакс уже завершается, женщина начинает вести более спокойный образ жизни, обмен веществ замедляется, быстрее накапливаются жиры, а вследствие этого уплотняются и стареют стенки кровеносных сосудов. Это также весьма неблагоприятно сказывается на работе кровеносных сосудов.

Таким образом, гормональные перестройки возрастного или провоцирующего фактора в развитии расширения вен играют важную роль, об этом свидетельствует часто наблюдающееся расширение вен, возникающее в период полового созревания или, наоборот, в период полового угасания (климакса). На роль влияния гормонов указывает и тот факт, что перед менструацией женщины, страдающие варикозным расширением вен ног, жалуются на увеличивающееся чувство боли в ногах, которое после месячных значительно уменьшается.

И, наконец, третий, до сих пор наиболее проблемный, до конца точно не определенный фактор – гормоны. Гормоны – это сложные химические соединения, вырабатываемые специальными органами – эндокринными железами. Основными такими железами являются гипофиз (в мозгу), щитовидная и паращитовидные железы (на шее), надпочечниковые железы (над каждой почкой), поджелудочная железа (выше левой почки) и яичники у женщин (у мужчин – яички). Из желез гормоны разносятся прямо в кровь и помогают регулировать работу всего организма.

Из всех гормонов, вырабатываемых женскими железами, самое большое значение для нашей проблемы имеют эстроген и прогестерон. Эти гормоны называются половыми, и прежде всего конечно же они необходимы для нормального протекания половой жизни. У здоровой женщины уровень содержания этих гормонов зависит от циклических изменений фаз менструального цикла. Сначала уровень прогестерона повышается, затем его концентрация быстро падает, и постепенно увеличивается количество эстрогена (пик возрастания эстрогена – в середине цикла).

Сбой уровней влияет на состояние артерий и вен. Это влияние подобно влиянию на работу вен во время беременности и климакса, только протекает в менее ярко выраженной форме. Поэтому-то стенки сосудов женщин и слабее. Гормоны порой даже сами по себе способствуют перерастяжению венозных стенок, изменяя структуру мышечного слоя в стенках сосудов. При повышении концентрации любого из гормонов вены всегда оказываются

расширенными. Но этим не ограничивается их отрицательное влияние. Влияют гормоны на сосуды еще и в силу изменения химического состава крови: повышенная выработка гормонов напрямую влияет на процессы свертывания крови, способствуя ее сгущению и появлению тромбов.

Соответственно в связи с вопросом о гормонах неизбежно возникает вопрос и о применении женщинами гормональных контрацептивов – и в качестве предохраняющего средства, и в качестве гормонозаместительной терапии в период менопаузы, когда таблетками снимаются неприятные ощущения в виде приливов, головной боли и периодической сухости влагалища.

Противозачаточные таблетки содержат одновременно и прогестерон, и эстроген, которые как бы обманывают природу своим искусственным повышением концентрации, давая сигнал организму женщины о том, что беременность будто бы не наступила. Но, как мы уже говорили, повышение уровня этих гормонов активизирует свертываемость крови. И чем выше их концентрация в крови, тем больше возможность возникновения тромбоза. Правда, за последние десятилетия состав гормональных таблеток значительно изменяется к лучшему: и прогестерона, и эстрогена в них стало гораздо меньше, отчего риск возникновения варикозного расширения вен резко снизился. И все же надо заметить, что риск этот по-прежнему остается. Последние исследования говорят о том, что у женщин, употребляющих контрацептивы даже с пониженным содержанием гормонов, частота заболевания тромбозом по-прежнему в три раза выше, чем у тех, кто их не принимает.

Поэтому каждый случай применения гормональных таблеток надо рассматривать отдельно, и если у вас плохая наследственность или присутствуют ярко выраженные признаки начинающейся болезни, то надо сначала хорошенько проконсультироваться с врачом по поводу приема такого лекарства. Не лишним будет заметить еще и следующее – женщины, которые курят, гораздо чаще страдают варикозным расширением вен, чем те, которые не курят. Ведь, как мы уже отмечали, говоря об основных причинах заболевания, под влиянием никотина не только высвобождается тромбоксан – дополнительный фактор свертываемости крови, но и менопауза у курящих женщин наступает обычно лет на пять раньше, чем у некурящих. Никотин, кроме всего прочего, еще и препятствует нормальному образованию половых гормонов.

Варикозное расширение вен у мужчин

Среди мужчин прежде всего этому заболеванию подвержены конечно же имеющие определенную наследственную предрасположенность. Способствует развитию варикоза и образ жизни, в том числе различные злоупотребления, но в наибольшей степени варикозным расширением вен страдают все же мужчины с избыточным весом, как правило, возникающим из-за неправильного питания: слишком большое количество углеводов и, наоборот, недостаток растительной пищи.

Поскольку ноги несут на себе всю тяжесть тела, то при избыточном весе на них приходится еще и дополнительная нагрузка. А под воздействием большого веса тела происходит дополнительное сдавливание вен, из-за которого кровь по ним вынуждена поступать под более высоким давлением, чем при малом весе. В результате в отдельных наиболее слабых участках венозной ткани происходит ее растягивание, что приводит к образованию вздутий и узлов. Затем из-за этого растягивания перестают полностью перекрываться клапаны, что, как вы сами понимаете, еще более усиливает процесс патологических изменений. Но это еще не все.

Для мужчин при варикозном расширении вен существует еще одна специфическая неприятность: у них может развиваться варикоцеле – расширение вен яичка. В этом случае происходит вот что: яичко постепенно недополучает кислород, изменяется липидный обмен, развивается гипотрофия яичка, оно уменьшается в размерах, и, как следствие, происходит нарушение процесса выработки сперматозоидов. Яички становятся вялыми, патологическими, в результате мужчину ждет бесплодие.

Все дело в том, что вена, несущая кровь от правого яичка, впадает в нижнюю полую вену, а от левого – в левую почечную вену. Последней же приходится «перебрасываться» через аорту в очень опасном месте – настоящей вилке, которая, сжимаясь, становится плотной на пути венозного русла. В этом отрезке постепенно повышается давление, клапаны перестают держать кровь, поэтому начинаются сбои в работе яичка.

Этот процесс, как ни странно, происходит и у пожилых людей.

Но чаще всего он встречается у мальчиков в возрасте 13–15 лет, когда внутренние органы и особенно сосудистые системы не успевают за ростом скелета. Конечно, немалую роль и здесь играет фактор наследственности.

Как уже было сказано выше, женщины страдают варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей и его осложнениями в 3–4 раза чаще, чем мужчины.

Варикозное расширение вен конечностей у детей

Расширение вен конечностей у детей – это как правило, врожденное заболевание. Эти аномалии периферической сосудистой системы называют ангиодисплазиями. Это относительно редкие заболевания. Они сопровождаются выраженными анатомическими функциональными нарушениями конечностей и рано приводят к инвалидности больных.

Для родителейстораживающим симптомом должно быть варикозное расширение поверхностных вен, возникающее в детском возрасте. Существует много форм ангиодисплазий – пороков развития сосудов конечностей. Они встречаются чаще на нижней и реже на верхней конечности. Для всех многочисленных форм ангиодисплазий общим является варикозное расширение вен на всей конечности или на каком-то ее участке.

Причины возникновения ангиодисплазий еще точно не установлены. Предполагается, что во время беременности в период формирования венозной системы у плода под действием неблагоприятных факторов нарушается развитие эмбриональных вен, которое после рождения проявляется различными аномалиями. Между 5-й и 8-й неделями развития плода неблагоприятный фактор может вызвать определенный порок развития в глубоких венах конечности, а в период от 8-й до 20-й недели – в поверхностных венах ее.

Неблагоприятными факторами могут быть различные интоксикации, например тяжелый грипп, пневмония и др., а также травма, отравление и т. п.

Предрасполагающими причинами для развития различного рода уродств плода являются курение и употребление алкоголя, причем в равной степени как будущей матерью, так и отцом. Впервые в 1900 г. французские невропатологи Книппель и Трепане описали своеобразную патологию, обнаруженную ими у нескольких детей, из триады симптомов, включающих врожденные пигментные пятна на коже, варикозные венозные узлы на ограниченных участках и гипертрофию мышц и скелета пораженной конечности.

С тех пор это заболевание называется синдромом Книппеля-Трепане. Существует настоятельная необходимость привлечь внимание родителей к данной врожденной форме поражения магистральных вен.

Синдром Книппеля-Трепане – самостоятельная форма ангиодисплазии, которая поражает исключительно нижние конечности и характеризуется диффузным подкожным варикозом, увеличением объема и длины конечностей, удлинением трубчатых костей и у части больных – обширными сосудисто-пигментными пятнами на коже. В основе этого тяжелого заболевания лежит частичная или полная непроходимость магистральных вен, что приводит к повышению венозного давления и нарушению венозного кровотока.

Синдром Книппеля-Трепане часто встречается у девочек и мальчиков и характеризуется в основном триадой симптомов, развивающихся в определенной последовательности. При рождении обнаруживаются пигментные и сосудистые пятна на коже нижней конечности и за ее пределами, реже они захватывают всю половину тела. Иногда при тщательном осмотре можно заметить утолщение одной из ножек.

Затем в течение 2–3 лет появляется варикоз подкожных вен в виде извитых и резко расширенных стволов по латеральной (наружной) поверхности конечности.

Наконец, к 6–7 годам появляется значительное увеличение объема мягких тканей и удлинение конечности. В дальнейшем эти симптомы прогрессируют. Утолщение конечности в окружности в среднем равно 5–6 см, но может достигать и 16 см, удлинение – в среднем 2–3 см, иногда до 8–10. Примерно к 10–12 годам болезнь принимает тяжелое клиническое течение. В больной конечности ощущаются тяжесть, боль, нередко к ним присоединяются

нарушения оттока лимфы, мокнутие кожи и шелушение ее. Затрудняется движение. Больная нога мешает при хождении.

Иногда заболевание протекает без заметного варико-за вен и появления сосудистых пятен, а наблюдаются только удлинение и утолщение конечности. Синдром Книппеля-Трепане представляет собой тяжелое прогрессирующее сосудистое заболевание, которое уже в детском возрасте приводит больных к инвалидности.

Поэтому раннее его выявление и своевременное помещение ребенка в специализированное сосудистое отделение, где всесторонние исследования позволят установить патологию и выполнить оперативное вмешательство или рекомендовать консервативное лечение. Ребенок нуждается в госпитализации при первых признаках проявления болезни, обычно на втором-третьем годах жизни, когда клинические изменения имеют еще компенсированную стадию. Этот возраст – 2–5 лет, является оптимальным для выполнения оперативного вмешательства. Операция в старшем возрасте представляет большой риск, а иногда и не может быть выполнена из-за далеко зашедшей стадии декомпенсации и невозможности нормализации процесса с помощью операции. Прогрессирование заболевания сказывается на общей гемодинамике организма, и иногда для спасения жизни больного необходима ампутация конечности.

Чаще у детей встречается дисплазия подкожных и межмышечных вен, которую называют еще флебэкта-зией. Она является врожденным заболеванием и располагается обычно на поверхности конечности, на стопе или пятке (реже по всей конечности).

Основной клинический признак дисплазии поверхностной венозной сети – врожденное варикозное поражение вен в виде извилистых стволов венозных узлов или их сочетания. К 5-10 годам расширяются подкожные вены, объем пораженной области увеличивается, в расширенных венах прощупываются известковые камни – флеболиты, конечность внешне деформируется. У детей 8-10 лет клиническая картина варикоза становится почти такой же, как и у взрослых: наблюдаются диффузный подкожный варикоз, деформация, атрофия и укорочение трубчатых костей, ограничение движения в суставах, увеличение окружности конечностей. Тяжесть заболевания главным образом зависит от распространенности и глубокого поражения мягких тканей конечности. В запущенных стадиях глубокие изменения в мягких тканях конечности крайне затрудняют лечение.

Патологические изменения, которые наблюдаются при синдроме Книппеля-Трепане и дисплазии поверхностных вен, касаются только венозной системы конечностей, но существуют и артериовенозные дисплазии конечностей, при которых патологические изменения наблюдаются в артериях и венах.

Синдром Паркса Вебера, или артериовенозные дис-плазии, являются тяжелым заболеванием, характеризующимся наличием патологических соустьев между артериями и венами, возникшими в процессе эмбрионального развития сосудов. Нарушения развития артерий эмбриона возникают между 4-й и 5-й неделями беременности, а венозные – между 5-й и 8-й неделями. Можно предположить, что развитие артериовенозной дисплазии формируется под воздействием неблагоприятного фактора на 5-7-й неделе эмбриогенеза.

Впервые симптомы этого заболевания описал в 1907 г. Паркс Вебер, и оно стало называться его именем. В основе синдрома Паркса Вебера лежат атривенозные свищи, т. е. патологические соединения между артериями и венами. Они могут располагаться в разных участках тела: на верхних или нижних конечностях, в мягких тканях туловища, шеи, головы. Наиболее часто артериовенозные свищи расположены на нижних конечностях, реже на верхних. Для синдрома Паркса Вебера характерны следующие симптомы: варикозное расширение подкожных вен, симптом дрожания варикозных узлов, расширение приводящих артерий. Тяжесть заболевания зависит от размера и количества соустьев между артерией и веной. Естественно, чем их больше, тем они шире, тем тяжелее протекает заболевание. После рож-

дения и в течение первых лет жизни симптомы заболевания начинают нарастать. Конечность становится толще, горячее на ощупь, появляется расширение подкожных вен на определенном участке или по всей конечности. При ощупывании ее можно ощутить дрожание в области одного из варикозных узлов. У подростков при ощупывании варикозного расширения вен определяется их пульсация, которая вызвана артериализацией вен. Подобное явление происходит из-за постоянного поступления (сброса) артериальной крови через патологические соустья в вены. Это приводит к изменению строения стенки вены. Она утолщается и по своему строению становится близкой к стенке артерии. Это приспособление венозной стенки и более высокое артериальное давление являются компенсаторными реакциями. Компенсация продолжается недолго. К 10–12 годам заболевание вступает в стадию декомпенсации и приводит больных к инвалидности. Особо тяжелым дефектом является прогрессирующее удлинение конечностей порой на 10–13 см. Кости конечности разрастаются на коже, появляются кровоточащие изъязвления, изменяется ее окраска, становятся более выраженными пигментные пятна. Иногда видны пульсирующие вены, увеличенная конечность постоянно болит и создает неудобства при ходьбе. Ребенок с трудом передвигается. Состояние больного отягощается и изменениями со стороны сердца, которые развиваются при массивном артериовенозном сбросе крови. Поначалу развивается компенсаторное утолщение (гипертрофия) мышц левого желудочка, которая вскоре заменяется расширением полостей сердца. Все это приводит к сердечной недостаточности. Прогрессирование заболевания приводит к тяжелым последствиям, поэтому такие дети нуждаются в тщательном обследовании в сосудистом отделении. При первых признаках проявления заболевания – утолщении конечности, появлении варикозного расширения вен и наличии пигментных пятен – необходимо обратиться в медучреждение. В своеобразности диагностики ангиодисплазий основную роль играет наблюдательность родителей, в первую очередь матери, которая, как правило, больше времени проводит с ребенком в первый год его жизни.

Геморрой

Геморрой – варикозное расширение вен нижней части прямой кишки и заднего прохода. Это одно из самых частых заболеваний прямой кишки. Геморрой встречается у 12,2 % всех больных с заболеванием прямой кишки и у 1,6 % всех хирургических больных. Термин «геморрой» ввел в медицину Гиппократ, он состоит из двух греческих слов «кровь» и «теку».

Болеют геморроем чаще мужчины в среднем возрасте, но встречается он и у детей, и у пожилых людей. Объясняется это тем, что мужчины занимаются более тяжелой физической работой и нередко злоупотребляют спиртными напитками. Причины геморроя делятся на предрасполагающие и вызывающие. К предрасполагающим причинам относятся врожденные особенности строения прямой кишки, заднего прохода и их венозной системы. О врожденной предрасположенности геморроя свидетельствуют многочисленные наблюдения за развитием его в раннем детском и юношеском возрасте, а также наследственный характер заболевания.

К вызывающим причинам относятся факторы, зависящие от условий жизни и работы человека, а также некоторые внутренние заболевания, которые приводят к повышению венозного давления в системе геморроидальных вен. Среди этих причин можно назвать следующие:

- 1) неблагоприятные условия работы (тяжелый физический труд, работа в сидячем или стоячем положении);
- 2) хронические запоры;
- 3) беременность;
- 4) некоторые другие заболевания (матки и придатков, предстательной железы и мочеиспускательного канала);

5) опухоли брюшной полости и др. Длительная физическая работа сопровождается повышением внутрибрюшного давления, которое способствует расширению геморроидальных вен. При постоянной работе в стоячем положении ухудшается венозный отток из нижних конечностей и малого таза, что приводит к развитию геморроя. Предрасполагающими моментами к расширению геморроидальных вен являются и необходимость большую часть времени проводить в сидячем положении, так как в этих случаях перегибаются крупные вены, отводящие кровь от прямой кишки, а также малая подвижность мышц промежностей. Сокращение мышц промежностей и ягодиц – мощное приспособление для опорожнения венозной системы таза.

На хронические запоры жалуются более половины больных, страдающих геморроем.

Запоры вызывают геморрой, а геморрой – запоры. В прямой кишке скапливаются каловые массы. Они давят на ее стенки и венозные сосуды, вызывая в них застой крови и расширение. Беременность и роды (особенно повторные) при определенной предрасположенности способствуют застою венозной крови в сосудах в органах малого таза и приводят к их расширению. Такие болезни внутренних органов, как, например, гипертоническая болезнь, заболевания предстательной железы, сужение мочеиспускательного канала, вследствие натуживания создают условия для повышения внутрибрюшного давления и расширения геморроидальных вен. Аналогичный механизм развития геморроя наблюдается при постоянном напряженном кашле при заболевании легких. Патология сердца и легких, сопровождающаяся нарушением кровообращения с застоем в большом его круге, нередко также является причиной геморроя.

Большое значение в возникновении этого заболевания играют болезни печени, вызывающие затруднения кровообращения в системе воротной вены, опухоли в малом тазу, употребление алкоголя и тем более хронический алкоголизм.

Немаловажной причиной геморроя является тип опорожнения (дефекации) прямой кишки. С детского возраста вырабатывается одномоментный или двухмомент-ный тип дефекации.

При одномоментной дефекации опорожнение прямой кишки происходит быстро и полностью, а при двухмоментной – каловые массы выбрасываются в 2 приема с промежутками от 3–5 до 10–30 мин и более. При небольшом разрыве во времени между выбрасыванием первой и второй порции кишечного содержимого при нормальном строении венозной сети и хорошей функции тазовой мускулатуры геморрой не развивается.

По месту положения геморрой делят на внутренний и наружный. В зависимости от причин различают врожденный (наследственный) и приобретенный геморрой.

Приобретенный геморрой может быть первичным и вторичным (признак другого заболевания). Расширению подвергаются вены всех слоев стенок прямой кишки (в особенности подслизистого и подкожных слоев).

Число видимых узлов – от 1–2 до 6–10 и больше. Одиночными чаще бывают наружные узлы, реже – внутренние. Они находятся по всей окружности заднего проходного отверстия. Различают хронический и острый геморрой. Правильнее эти обе формы рассматривать как две стадии одного и того же процесса, а не как отдельные заболевания.

Клиническая картина геморроя в большинстве случаев начинается постепенно и незаметно. Вначале больные ощущают неловкость в области заднего прохода, зуд, чувство переполнения. Эти симптомы усиливаются после употребления спиртных напитков, иногда после принятия ванны. Боли появляются обычно позднее – при воспалении, ущемлении геморроидальных узлов или при нарушении целостности покровного эпителия заднепроходного кольца и появлении трещин, язвы. Иногда первым признаком геморроя является кровотечение из заднего прохода.

Геморроидальные расширенные вены покрыты истонченной, слизистой оболочкой, которая при акте дефекации (особенно при натуживании) начинает сильно напрягаться над узлами и лопаться.

Течение геморроя всегда хроническое с периодическим обострением. Между ними больные чувствуют себя практически здоровыми.

После затихания воспалительного процесса геморроидальные узлы сморщиваются, остаются в виде увеличенных, безболезненных кожно-слизистых складок или совершенно исчезают. При наличии неустраненного неблагоприятного фактора заболевание прогрессирует, а промежутки между обострениями становятся короче. Появляются признаки хронического геморроя – повторные кровотечения, боли во время дефекации и после нее, выпадение геморроидальных узлов. Боли резко усиливаются, если геморрой сочетается с трещиной заднего прохода, а также в периоды обострения воспалительного процесса и ущемления отечных геморроидальных узлов.

Обострение геморроя протекает весьма различно. По тяжести течения различают три его степени. При обострениях легкой степени наблюдается умеренное набухание геморроидальных узлов без воспаления в них. Появляются более или менее выраженные ощущения тяжести в области заднего прохода и незначительная болезненность.

Температура обычно не повышается. Геморроидальные кровотечения могут быть различной интенсивности, но иногда и отсутствуют. Работоспособность почти не нарушается.

Более тяжелая степень обострения заключается в набухании. Увеличены и воспалены наружные и внутренние геморроидальные вены. Геморроидальные узлы вытягиваются наружу, воспалены.

Ткани вокруг также воспаляются. Дефекация затруднена и болезненна. Температура тела повышается. Геморроидальные кровотечения или есть, или отсутствуют.

При наиболее тяжелой степени обострения происходят выпадение наружных и ущемление внутренних геморроидальных узлов.

Они становятся отечными, сплошными, с признаками частичного или полного омертвления. Некрозу нередко подвергаются и наружные узлы.

Окружающие ткани воспаляются. Температура повышается до 38–39 °С.

Болевые ощущения резко выражены. Дефекация нарушена. Геморроидальные кровотечения отсутствуют, но присоединяются воспалительные осложнения – свищи, парапроктит (воспаление околопрямокишечной клетчатки).

В этой стадии обострения совершенно необходимо помещение больного в больницу. Клиническая картина острого и хронического геморроя зависит от осложнений – местных и общих.

Из местных осложнений наиболее часто встречаются воспаление слизистой прямой кишки, трещины заднего прохода, воспаление прямой кишки (парапроктиты), нарушение функции сфинктера заднего прохода. К рас-

стройствам общего состояния больных относятся общая слабость, понижение работоспособности, малокровие, бессонница, ослабление половой функции, расстройства функции нервной системы. Такие больные обычно угнетены, реактивны.

Геморрой у беременных женщин имеет некоторые особенности в своем развитии.

Повышенное кровенаполнение тазовых органов во время беременности приводит к медленному расширению геморроидальных вен.

С увеличением срока беременности нарастает накопление тазовых и геморроидальных вен. Появляются извилистые расширенные сосуды в области анального (заднепроходного) кольца, которые следует рассматривать как вторичный геморрой.

Увеличение просвета и истончение стенок этих вен делают их очень ранимыми.

Вот почему может появиться геморроидальное кровотечение. Во время родов усиленное действие брюшного пресса и увеличение внутрибрюшного давления приводят к переполнению геморроидальных узлов, а иногда и к осложнениям, воспалению или ущемлению.

После родов явления геморроя при соблюдении определенных профилактических мер быстро исчезают, иногда на длительный срок. При повторных беременностях нередко возникает обострение геморроя в виде медленного нарастания в течение нескольких месяцев и исчезает или резко уменьшается в послеродовом периоде.

Диагностика геморроя относительно проста, она складывается из осмотра заднего прохода (особенно в положении больного сидя на корточках и натуживании). В таком положении узлы выпадают. Кроме того, обязательно исследование пальцем прямой кишки, а также специальным зеркалом. Кроме того, применяют ректо-романоскопию (исследование с помощью специального прибора).

Варикозное расширение вен пищевода

Это заболевание чаще всего возникает у больных с заболеваниями печени (циррозами или опухолями печени, при тромбозе печеночных вен, сдавлениях воротной вены).

При патологоанатомическом исследовании обнаруживают расширенные извитые вены. Слизистая оболочка над венами часто истончена, может быть воспалена, эрозирована.

После сильных кровотечений вены спадаются, вследствие чего отверстие, из которого происходило кровотечение, часто бывает незаметным.

Заболевание обычно до возникновения кровотечения протекает бессимптомно или с незначительными симптомами (нерезко выраженными неприятными ощущениями при глотании, изжогой), которые отходят на второй план проявлений основного страдания (цирроза или рака печени, сердечной декомпенсации и др.).

Варикозное расширение вен можно обнаружить при рентгенологическом исследовании. Более надежные данные могут быть получены при эзофагоскопии (осмотр пищевода с помощью специального прибора).

Течение определяется основным заболеванием. Наиболее частое осложнение – острое пищеводное кровотечение.

Дифференциальную диагностику следует проводить с воспалением пищевода (эзофагитом), опухолью пищевода. Пищеводное кровотечение может быть также обусловлено пептической язвой пищевода, распадающейся опухолью.

Лечение имеет цель устранить угрозу пищеводного кровотечения. В редких случаях это достигается эффективным лечением основного заболевания, в тех же случаях, когда это невозможно, рекомендуют оперативное лечение.

Варикозное расширение вен конечностей

Первичное варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей – наиболее распространенное заболевание этих сосудов. Различают первичное и вторичное расширение поверхностных вен. Первичное называют еще истинным. Вторичное варикозное расширение вен развивается после перенесенного тромбоза глубоких вен, травмы или сдавливания их извне, иными словами, при нарушении оттока крови по глубоким венам. Расширение вен называется варикозным, или узловатым, так как при выраженном поражении вены расширяются и выпячиваются в виде узлов различной величины.

Варикозное расширение наблюдается в поверхностных венах: большой подкожной и малой подкожной. Расширение подкожных вен имеет три формы:

- 1) стволовая, или магистральная, когда расширяется на всем протяжении ствол большой или малой подкожной вены;
- 2) рассыпная – расширяются отдельные ветви большой или малой подкожных вен;
- 3) смешанная – самая многочисленная форма, при которой наблюдается сочетание расширения стволов и ветвей основных подкожных вен. Варикозное расширение вен нижних конечностей характеризуется большим полиморфизмом клинического течения. Различным периодам такого заболевания, как варикозное расширение вен, соответствуют и различные симптомы. Их даже можно условно разделить на те, которые определяются врачом, и те, которые больной может почувствовать и обнаружить у себя сам. Можно различить четыре основных этапа развития заболевания.

Первый этап. Симптоматика болезни на этом этапе всегда носит сначала в основном косметический характер. В первую очередь показателем нарушения кровообращения является изменение состояния ногтей на ногах.

Ногти становятся или истонченными и ломкими, или же неестественно толстыми. Затем человек неожиданно обращает внимание на то, что на ногах у него видна сеточка синеватых жилок, которые в здоровом состоянии различимы обычно в подколенной ямке, да и то лишь у худых людей. У больных с сильно развитой жировой клетчаткой нередко расширенные вены не выделяются. На стопе варикозное расширение вен бывает редко, вследствие того что подкожные вены надежно защищены клапанами от глубоких, а функция мышечно-фасциального насоса вполне достаточна для создания оттока венозной крови из поверхностных вен через многочисленные соединяющие в глубокие.

Но в подколенной ямке вены изменились: теперь их стало можно даже прощупать руками, поскольку они немного набухли.

Это говорит пока только о том, что соединительные вены еще справляются со своими обязанностями, застоя крови еще нет, но клапаны уже пропускают из глубокой системы кровообращения в поверхностную несколько больше крови, чем положено.

Признаки первого этапа:

- 1) неестественное состояние ногтей на ногах;
- 2) появление видимой сетки жилок на голенях и бедрах;
- 3) набухание подкожных вен в подколенной ямке.

Второй этап. Болезнь, если не были приняты вовремя соответствующие меры, будет продолжать свою пока еще не особо заметную, но разрушительную работу. На этом этапе начинает проявляться общая утомляемость, в ногах появляется чувство тяжести. К концу дня ноги кажутся буквально налитыми свинцом, мышцы болят, и человек чувствует себя измученным, даже если день был самым обыкновенным, без каких бы то ни было особых физических нагрузок. А все дело заключается в том, что ноги на протяжении всего дня просто-напросто испытывают незаметное, но постоянное и явственное кислородное голодание.

Это можно проверить, непосредственно поглядев на свои ноги: на них явно отмечается след от носочной резинки на лодыжке – а это означает начало отека.

Но вот человек лег в постель в надежде вытянуть ноги и наконец отдохнуть. Однако тут его подстерегает новая опасность: начинаются судороги икроножных мышц.

Или вдруг на пустом месте начинает казаться, что та или другая нога «отсижена».

Но все это лишь временное отсутствие чувствительности в каких-то частях голеней, происходящее от недостаточного питания мышц и кожи.

Признаки второго этапа:

- 1) чувство усталости, тяжести в ногах;
- 2) отеки, судороги и парестезии (нарушение кожной чувствительности) по ногам.

Третий этап. Болезнь прогрессирует. На внутренней поверхности ног начинают все больше и больше проявляться признаки, которые заключаются, во-первых, в изменении цвета отдельных участков ног (появляются бурые пигментные пятна, обусловленные выходом эритроцитов в межтканевую жидкость). Во-вторых, все чаще развиваются дерматиты (кожные заболевания, характеризующиеся зудом, высыпаниями или иными местными изменениями на коже). Признаки третьего этапа:

- 1) отеки;
- 2) нарушенная пигментация;
- 3) появление кожных заболеваний – дерматитов;
- 4) пидурация (чрезмерное уплотнение) тканей. А на *четвертом этапе* уже начинают

появляться трофические язвы.

Таким образом, клинические проявления варикозной болезни начинаются уже при наличии ее основного симптома – варикозного расширения поверхностных вен. Первые объективные признаки варикозной болезни в виде расширения подкожных вен нередко появляются в юношеском возрасте и, немедленно нарастая, служат причиной обращения к врачу в возрасте 20–30 лет.

Другие больные зачастую обращаются за медицинской помощью только при возникновении осложнений варикозной болезни.

Клиническая классификация варикозной болезни

В зависимости от локализации выделяют варикозное расширение в бассейне большой подкожной вены, варикозное расширение в бассейне малой подкожной вены, варикозное расширение вен латеральной поверхности нижних конечностей и сочетанные поражения перечисленных выше областей.

Различают следующие стадии расстройств венозного оттока.

1. Компенсированная – расширение вен без клинических признаков нарушения кровообращения.

2. Субкомпенсированная – характеризуется появлением болей, проходящими отеками.

3. Декомпенсированная «А» – постоянная пастозность голеней, боли, отеки, выраженные трофические расстройства кожи (пигментация, экзема).

4. Декомпенсированная «Б», при которой к вышеуказанным клиническим признакам присоединяются трофические язвы.

Кроме того, выделяют следующие критерии клинической характеристики заболевания:

1. *Форма:*

- 1) глубокая (глубокие вены);
- 2) поверхностная (подкожные вены);
- 3) сочетанная.

2. *Стадия:*

- 0 – без расширения поверхностных вен;
- 1 – без трофических расстройств;
- 2 – с трофическими изменениями;
- 3 – с наличием трофических язв.

3. *Локализация: бедро, голень, стопа.*

В дополнение к вышеперечисленным классификациям выделяют частные клинко-патологические варианты заболевания:

1. Варикозная болезнь с преобладанием веноварикозного сброса. Эта форма заболевания возникает в результате стока крови в поверхностную венозную систему через бедренный анастомоз или несостоятельные вены, соединяющие большую подкожную и бедренную вены.

2. Варикозная болезнь с преобладанием низкого вено-венозного сброса. Под этой клинической формой подразумевается сброс крови из глубокой венозной системы в поверхностную на уровне голени через несостоятельные соединяющие вены или через устье малой подкожной вены.

3. Атипичные формы варикозной болезни: задняя и наружная поверхность бедра, область промежности и наружных половых органов.

Выделение этих форм варикозной болезни целесообразно из практических соображений, так как диагностика и лечение их имеют определенные особенности и отличительные черты.

Клиническая картина

Клинические проявления варикозной болезни изменяются в процессе ее развития и зависят от стадии заболевания.

У некоторых больных еще до появления расширения поверхностных вен возникают жалобы на повышенную утомляемость, тяжесть в ногах в конце рабочего дня, ложные болевые ощущения в каком-либо отделе голени.

Чаще эти ощущения появляются в типичных зонах наибольшей локализации коммуникантных вен (соединяющих), где в дальнейшем возникает локальное расширение подкожных вен. Нередко возникновению внешних признаков заболевания в виде расширений вен предшествует появление неприятных ощущений в этой области.

В стадии компенсации сколько-нибудь выраженных расстройств венозного оттока в конечности выявить не удастся. В течение длительного времени варикозная болезнь может протекать бессимптомно, что служит одной из причин позднего обращения больных за медицинской помощью.

Для стадии субкомпенсации характерны жалобы на непостоянные боли в области голени, проходящие отеки, возникающие при длительном стоянии и исчезающие в горизонтальном положении.

В стадии декомпенсации больные жалуются на постоянные ощущения тяжести, полноты в ногах, утомляемость, тупые боли. В горизонтальном положении, особенно во время сна, нередко возникают судороги в икроножных мышцах, сопровождающиеся кратковременными острыми болями. Появлению трофических расстройств часто предшествует мучительный кожный зуд, появляющийся по вечерам.

Начало заболевания проявляется в виде незначительного или умеренно выраженного варикозного расширения вен, которое возникает чаще в верхней трети голени, но может первично появляться в любых отделах одной или одновременно обеих нижних конечностей. Расширенные вены на ощупь мягкие, легко спадаются, кожные покровы на них не изменены.

Примерно у 80 % пациентов наблюдается расширение вен в бассейне большой подкожной вены, и часто эти изменения начинаются в зоне какой-либо одной коммуникантной вены (соединяющей). Изолированные расширения вен в бассейне малой подкожной вены встречаются в 5–7 % наблюдений. Одновременные изменения в системах большой и малой подкожных вен наблюдаются у 20 % больных варикозной болезнью.

В стадии субкомпенсации появляются небольшие отеки или пастозность в области голеностопных суставов пораженных конечностей, которые, появляясь к вечеру, исчезают в течение ночи. Выраженность отека зависит от величины нагрузки на конечность.

Стадия декомпенсации характеризуется выраженным расширением вен и большим нарушением венозной гемодинамики в конечности, когда в ней депонируется большое количество крови, что может привести даже к эпизодам падения артериального давления и обморочным состояниям. Варикозно расширенные вены напряжены, тугоэластичной консистенции.

Стенки крупных вен нередко склерозированны, связаны с кожей. При опорожнении таких узлов на поверхности кожи образуются углубления, что свидетельствует о перенесенном перифлебите (воспалении тканей вокруг вены).

По ходу расширенных вен появляется и прогрессирует пигментация кожных покровов, обусловленная повторными мелкими кровоизлияниями в кожу.

В зонах пигментации кожи развивается асептический целлюлит с последующим склерозом и уплотнениями подкожно-жировой клетчатки. В этих отделах, преимущественно на внутренней поверхности нижней трети голени, кожа не берется в складку, становится непо-

движной, сухой и шершавой. Помимо пигментации кожи, возникают в различной мере выраженный цианоз или отдельные пятна синюшно-багрового цвета.

Постоянный застой крови в нижних отделах конечности, резкое повышение давления в венозной системе, склеротические изменения подкожной клетчатки, нарушения капиллярного кровообращения ведут к появлению трофических расстройств. Особенно часто трофические изменения в кожных покровах развиваются на переднемедиальной поверхности нижней трети голени, находящейся в особо неблагоприятных условиях крово-и лимфообращения. Очаги атрофии кожи, дерматосклерозы имеют тенденцию к распространению и порой циркулярно охватывают дистальную треть голени. В дальнейшем развивается сухая или мокнувшая экзема, на фоне которой обычно формируются трофические язвы голени.

Предвестником трофических расстройств в тканях является кожный зуд, который нередко бывает весьма интенсивным.

Описанные выше симптомы по мере прогрессирования болезни усиливаются, а иногда становятся тягостными и мучительными, предвещая о развитии осложнений. Иногда больные отмечают значительные боли в области икроножных мышц, из-за которых трудно ходить. У таких больных определяется плотная болезненная икроножная мышца, в некоторых случаях служащая предвестником или ранним признаком тромбофлебита глубоких вен.

Итак, основными и наиболее явными из всех признаков заболевания варикозным расширением вен являются следующие:

- 1) наличие набухших, извитых и синих жгутов под кожей;
- 2) боли в ногах, а также чувство усталости или слабости после долгого стояния или сидения;
- 3) болезненные спазмы в ногах, сведение ног судорогой по ночам, особенно в области икроножных мышц;
- 4) постоянные боли в ногах или настолько неприятные ощущения, что нет возможности спокойно стоять одновременно на двух ногах;
- 5) зуд и жжение в ногах;
- 6) отечность ног, начиная от лодыжек и выше;
- 7) темные и буроватые пятна на ногах.

Описанные выше жалобы строго индивидуальны. Нередко бывает так, что люди с обширными варикозными расширениями вен не предъявляют существенных жалоб. Нередко встречаются совершенно здоровые мужчины, реже женщины, у которых визуально на ногах определяются «расширенные вены».

Но в результате исследования последних оказывается, что венозная система нижних конечностей соответствует норме. Поэтому всегда нужно обследовать не только коллектор нижней поллой вены, но и вены всего организма.

Диагностика

Для более или менее достоверного суждения о причине варикозного расширения подкожных вен, а также для профилактики его осложнений необходимо знать условия труда больного, профессиональные вредности, особенности питания, болел ли тромбофлебитом глубоких вен, получал ли травмы и повреждения.

Следует поинтересоваться и количеством родов и течением послеродового периода, гинекологических болезней. Акушерско-гинекологический анамнез нужен потому, что варикозное расширение подкожных вен и его осложнения чаще встречаются у много рожавших женщин.

Кроме того, некоторые гинекологические воспалительные заболевания усугубляются острыми тромбофлебитами тазовых вен, хронической венозной недостаточностью и другими характерными для варикозного расширения вен осложнениями. Осмотр больного должен проводиться в хорошо освещенном помещении с кушеткой (для определения некоторых симптомов болезни).

Желательно, чтобы больной стоял на подставке или низком стуле, освободив от одежды тело в осматриваемой зоне. Нужно убедиться в том, что у больного нет или развились сопутствующие болезни: облитерирующий эндартериит, атеросклероз, болезни костей и суставов, поражения периферической нервной системы и др. Следует обратить внимание на места с измененным цветом кожных покровов, их интенсивность и локализацию.

Необходимо определить особенность варикозного расширения подкожных вен и степень вовлечения в процесс подкожных коллатералей, а также консистенцию и напряженность наполненных вен, обнаружить тромбы и установить их протяженность.

Основное значение для постановки диагноза имеют результаты изучения состояния подкожных соединительных и глубоких вен, прежде всего их клапанов, так как от их функций зависит развитие варикозного расширения вен нижних конечностей.

Больные нередко связывают с варикозным расширением подкожных вен болезни костей и суставов, нервов. Варикозное расширение подкожных вен, особенно неосложненное, протекает без каких-либо нарушений функций коленного, голеностопного суставов и суставов стопы.

Только резкие остеоperiоститы (воспаления надкостницы) нередко вызывают тупые, ноющие боли голеней и голеностопного сустава.

В большинстве случаев путем осмотра можно получить основные данные об изменениях в венах нижних конечностей.

Большие трудности в постановке правильного диагноза возникают у больных с повышенным питанием, потому что варикозные вены на бедре, нередко и на голени, совсем не видны, и данные о них – об их расположении, степени расширения, напряжения, извилистости, наличии варикозных узлов – можно получить путем пальпации.

Трудности в определении состояния подкожных вен у тучных больных обусловлены еще и тем, что большая подкожная вена в верхних двух третях бедра и нижних двух третях голени лежит на глубокой фасции и связана с ней. Поэтому, когда на глубокой фасции лежит толстый слой жира, большая подкожная вена не видна, даже будучи значительно расширенной и с недостаточными клапанами. Ясно, что для определения функций варикозно расширенных подкожных вен необходимо тщательно обследовать больного.

Методы обследования больного

Чтобы получить достоверные сведения о состоянии вен нижних конечностей, не только подкожных, но и глубоких, предложено множество проб и специальных методов исследования. Даже сам больной при пальпации начинающегося варикозного расширения вен может проделать следующее – лечь и, подняв оголенные ноги кверху, посмотреть, будут ли видны подкожные вены. Если подкожные вены остаются видны, следует прибегнуть к более серьезным средствам проверки. Сам больной может также провести «пробу Гаккенбруха» и маршевую пробу.

Но лучше обратиться к врачу и проконсультироваться с опытным специалистом. Чем раньше вы начнете бороться с болезнью, тем скорее и с меньшими затратами сил и средств вы сможете победить ее.

Нарушения венозной гемодинамики могут довольно надежно диагностироваться современными (клиническим, рентгенологическим, физиологическим, ультрасонографическим) методами исследования, позволяющими не только распознать, но и оценить их тяжесть.

Обследование больного включает выполнение проб-тестов для получения необходимых сведений о функции венозной системы нижних конечностей.

Проба Броди-Троянова-Гриделенбурга.

Для выполнения этой пробы необходимо в положении лежа поднять исследуемую конечность примерно на 45–60° для опорожнения венозно расширенных поверхностных вен. После этого область впадения большой подкожной вены в бедренную прижимают пальцами или на верхнюю треть бедра накладывают мягкий резиновый жгут под давлением примерно 100 мм рт. ст., после чего больной переходит в вертикальное положение. Подкожные вены сначала остаются в спавшемся состоянии, однако в течение 30 с постепенно наполняются кровью, поступающей с периферии. Если же тотчас после того, как больной встал на ноги, устранив сдавление большой подкожной вены на бедре, варикозно расширенные вены бедра и голени в течение нескольких секунд заполняются обратным током крови, это проявляется в виде бегущей пульсовой волны.

Момент ретроградного наполнения поверхностной венозной системы можно определить и пальпаторно, так как над узлом иногда наблюдается характерное дрожание. Такой результат пробы свидетельствует о недостаточности клапана устья клапанов большой подкожной вены.

Положительный результат пробы указывает на недостаточность клапанов подкожной вены при ее быстром наполнении. Отрицательный результат: поверхностные вены быстро (за 5–10 с) заполняются до устранения сдавления большой подкожной вены в области овальной ямки, и наполнение их не увеличивается при устранении сдавления. У таких больных заполнение поверхностной венозной системы происходит из глубоких вен вследствие несостоятельности клапанов вен.

Нулевой результат: вены заполняются медленно (в течение 30 с), и сдавление большой подкожной вены, так же как и устранение последнего, на степень и скорость этого наполнения влияния не оказывает (клапанная недостаточность поверхностной вены отсутствует).

Симптом Гаккенбруха. При кашле происходят сокращение диафрагмы с некоторым уменьшением просвета нижней полой вены и резкое повышение внутрибрюшного давления, что при недостаточности клапанов быстро передается по общей и наружной подвздошной венам в бедренную, основной ствол большой подкожной вены и варикозный узел, в котором положенные пальцы ощущают явный толчок.

Проба Барроу-Жейниса. Исследуемый лежит на спине. После опорожнения подкожных вен путем поднятия обследуемой конечности на 40–60° в этом положении накладывают 3 жгута, сдавливающие только подкожные вены: в самом верхнем отделе бедра под овальной ямкой, над коленным суставом, под коленным суставом в верхней трети голени. Затем обследуемый переводится в вертикальное положение. Быстрое набухание варикозных узлов на каком-либо отрезке конечности между жгутами указывает на наличие в этом участке соединяющих вен с недостаточными клапанами. Быстрое наполнение узлов голени может произойти только через соединительные вены с недостаточными клапанами в нижнем ее отделе. Точную локализацию этого перфоранта можно установить, перемещая самый нижний жгут книзу и повторяя пробу, пока не прекратится наполнение узлов дистальнее жгута.

Проба Пратта также позволяет установить наличие недостаточности клапанов соединяющих вен и их уровень.

В горизонтальном положении больного поднимают исследуемую конечность, энергичным поглаживанием рукой от периферии к центру конечности опорожняют подкожные вены. Накладывают резиновый бинт от основания пальцев до паховой складки так туго, чтобы он полностью сдавил только подкожные вены. Затем над бинтом под овальной ямкой накладывается тонкий резиновый жгут для сдавления подкожной вены и обратного тока крови по ней. Больной переходит в вертикальное положение, и исследующий начинает по одному витку медленно снимать сверху резиновый бинт, натягивая его при этом так, чтобы нижележащий виток продолжал сдавливать лежащие над ним вены. Как только между жгутом и бинтом открывается промежуток шириной в ладонь, под жгутом туго накладывают второй резиновый бинт, который постепенно обвивает конечность книзу, по мере того как виток за витком снимается первый эластичный бинт. При этом между бинтами должен оставаться промежуток 5–6 см. Как только при снятии витка первого бинта открывается наполненный и напряженный варикозный узел или такой же участок варикозной вены, то он сразу отмечается на коже (2 %-ной бриллиантовой зеленью или настойкой йода) как место впадения соединительной вены с недостаточными клапанами. Таким путем обследуется вся конечность.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.