**Варикозная болезнь**

**Классификация:**

Формы варикозной болезни:

1.Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса

2.Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам

3.Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам

4.Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

Степень хронической венозной недостаточности:

0.Клинические проявления отсутствуют

1.Синдром "тяжелых ног", преходящий отек

2.Стойкий отек, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема

3.Венозная трофическая язва (открытая или зажившая)

Осложнения:

1.Кровотечение

2.Тромбофлебит

3.Трофическая язва (с указанием локализации и стадии раневого процесса)

Клиническая картина.

Больные предъявляют жалобы на наличие расширенных вен,причиняющих косметические неудобства,тяжесть,иногда боли в ногах,ночные судороги мышц,трофические изменения на голенях.Расширение вен варьирует от небольших сосудистых "звездочек"и внутрикожных (ретикулярных)узелков до крупных извилистых стволов,узлов,выбухающих сплетений,отчетливо выявляющихся в вертикальном положении больных.В 75 —80 %случаев поражаются ствол и ветви большой подкожной вены,в 5 —10 %— малая подкожная вена.Обе вены вовлекаются в патологический процесс в 7 —10 % наблюдений.

При пальпации вены имеют упругоэластичную консистенцию,легко сжимаемы,температура кожи над варикозными узлами выше,чем на остальных участках,что можно объяснить сбросом артериальной крови из артериовенозных анастомозов и крови из глубоких вен через коммуникантные вены в варикозные,поверхностно расположенные узлы.В горизонтальном положении больного напряжение вен и размеры варикозных узлов уменьшаются.Иногда удается прощупать небольшие дефекты в фасции в местах соединения перфорантных вен с поверхностными. По мере прогрессирования заболевания присоединяются быстрая утомляемость,чувство тяжести и распирания в ногах,судороги в икроножных мышцах,парестезии,отеки голеней и стоп.Отеки обычно возникают к вечеру и полностью исчезают к утру после ночного отдыха. Частым осложнением варикозного расширения является острый тромбофлебит поверхностных вен,который проявляется краснотой,шнуровидным,болезненным уплотнением по ходу расширенной вены,перифлебитом.Разрыв варикозного узла с последующим кровотечением может произойти от самых ничтожных повреждений истонченной и спаянной с веной кожи.Кровь изливается струей из лопнувшего узла;кровопотеря иногда может быть довольно значительной.

По клиническим признакам варикозной болезни выделяют несколько стадий.

Стадия компенсации.

На нижней конечности видны извитые, варикозно расширенные вены (возможно симметричное поражение), других жалоб нет. В этой стадии больные редко обращаются к врач.

Стадия субкомпенсации .

Помимо варикозного расширения вен, больные отмечают пастозность или небольшие преходящие отеки в области лодыжек, нижней трети голени и стопы, быструю утомляемость и чувство распирания в мышцах голени, судороги в икроножных мышцах в ночное время.

Стадия декомпенсации.

К вышеописанным жалобам присоединяются кожный зуд и экземоподобные дерматиты на медиальной поверхности нижней трети голени. Для запущенных форм характерны трофические язвы, гиперпигментация кожи за счет мелких кровоизлияний и отложений гемосидерина.

**Диагностика.**

Диагностика варикозного расширения вен и сопутствующей ему хронической венозной недостаточности при правильной оценке жалоб,анамнестических данных и результатов объективного исследования не представляет существенных трудностей.Важное значение для точного диагноза имеет определение состояния клапанов магистральных и коммуникантных вен,оценка проходимости глубоких вен.

Методы диагностики:

1.Функциональные пробы

2.Ультразвуковая доплерография - позволяет оценить проходимость вен и состояние их клапанного аппарата

3.Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым кодированием потоков крови - позволяет достоверно определить анатомо-морфологические изменения венозного русла.

4. Радионуклидная флебосцинтиграфия.

Метод целесообразно применять в следующих случаях:

-при подозрении на мультиперфорантный вено-венозный сброс, когда требуется много время и усилий для поиска перфорантных вен с клапанной недостаточностью с помощью ангиосканирования;

-при открытой трофической язве, когда нежелателен контакт ультразвукового датчика с ее поверхностью

5.Окклюзионная плетизмография - позволяет определять тоноэластические свойства венозной стенки.

6.Фотоплетизмография и светоотражающая реография - дают возможность оценивать время возвратного кровенаполнения, что указывает на степень венозного застоя.

7. Рентгеноконтрастная флебография