

СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР

Александр Архипов
Максим Карпов



ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Максим Андреевич Карпов
Александр Михайлович Архипов**

**Хроническая венозная
недостаточность.
Профилактика и
методы лечения**

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=606115

*Хроническая венозная недостаточность. Профилактика и методы
лечения: Центрполиграф; М.; 2005
ISBN 5-9524-1447-8*

Аннотация

С помощью этой книги, написанной опытными российскими врачами, вы сможете легко ориентироваться в видах венозной недостаточности, узнаете о ее основных симптомах и причинах возникновения. Освойте методы профилактики эффективного лечения таких заболеваний, как тромбозы поверхностных и глубоких вен, тромбофлебиты, трофические язвы, и многих других. Сможете определить, как далеко зашло ваше недомогание и необходима ли вам срочная операция. Авторы предлагают широкий арсенал средств народной медицины. Простые,

но эффективные методы до- и послеоперационного ухода, рекомендации и профессиональные советы медиков не только помогут приостановить течение болезни, но и не допустят потери вами работоспособности, возвратят здоровье и радость жизни.

Содержание

Введение	5
Конец ознакомительного фрагмента.	14

Александр Михайлович Архипов, Максим Андреевич Карпов Хроническая венозная недостаточность. Профилактика и методы лечения

Введение

Заболевания вен нижних конечностей чрезвычайно широко распространены. Варикозная болезнь и ее осложнения в виде трофических язв, хронических дерматитов, тромбозов, кровотечений из расширенных вен снижают трудоспособность, часто приводят к временной ее утрате, а иногда являются причиной инвалидности.

При варикозной болезни вследствие эктазии (расширения) вен и неэффективности мышечного насоса нижних конечностей происходит замедление венозного возврата, раз-

вивается недогрузка сердца, что может привести к нарушениям питания миокарда, ослаблению его сократительной функции.

Попытки лечения варикозной болезни начали предприниматься еще в Древнем Египте более 3 тыс. лет назад. Тем не менее и сегодня продолжают существовать противоположные взгляды на способы лечения этого заболевания. Преимущества хирургического метода лечения неоспоримы, но он не противопоставляется консервативной терапии, а сочетается с ней.

На протяжении многих десятилетий этиология варикозной болезни является предметом диспутов и дискуссий, которые не прекращаются и в настоящее время.

Выдвинуто большое число теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез этого заболевания. Среди них наибольшее распространение получили: механическая, гормональная, токсико-инфекционная. Высказывались также предположения, что варикозная болезнь есть проявление ангиодисплазий (неправильное развитие тканей сосудов); относят ее и к группе коллагенозов.

Один только перечень этих теорий мог бы навести на мысль о полиэтиологической природе заболевания. Пожалуй, в этих теориях больше нашли отражение факторы, способствующие развитию заболевания, ускоряющие его проявления, но не вызывающие варикозную болезнь. Так, общеизвестен факт ускорения развития болезни после родов, тем не

менее у мужчин это заболевание встречается не намного реже, чем у женщин. На основании длительного изучения данного заболевания, оценки данных, полученных различными авторами, мы пришли к выводу, что варикозная болезнь является наследственным заболеванием, генетически детерминированным.

Многие авторы, изучавшие роль наследственных факторов, смогли проследить их влияние более чем у половины больных. Следует признать, что методики исследования не всегда были достаточно достоверными, тем не менее, наследственность устанавливалась у 50–70 % обследуемых. Иммунологические исследования показали, что мозаика антигенов, характерная для больного варикозной болезнью, может отсутствовать у его здоровых родителей и совпадать с таковой родителей отца или матери, также страдающих варикозной болезнью. Даже изучение семейного анамнеза оказалось значительно сложнее, чем мы предполагали. Нередко взрослые пациенты не могли ответить на вопрос, имелась ли варикозная болезнь у родителей. Естественно, что сведения о бабушках и дедушках оказывались еще более скудными. В то же время, когда нам удавалось проследить глубоко родственные связи, мы, как правило, находили прецедент заболевания вен у предков. Если признать наследственную детерминацию варикозной болезни, то многие противоречивые теории и гипотезы скорее подтверждают роль наследственных факторов и не могут их отвергнуть.

С другой стороны, выявление предрасположенности к заболеванию позволяет разрабатывать меры профилактики. Уже в детском возрасте, в школе, можно рационально решать вопросы профессиональной ориентации. Патологические изменения вен при варикозной болезни развиваются в системе нижней полой вены. Длительные клинические наблюдения свидетельствуют, что обычно поражаются обе нижние конечности.

Однако нередко основной симптом болезни – расширение поверхностных вен – вначале появляется на одной ноге, а на второй – расширение вен может возникнуть спустя многие годы. Характерно, что после оперативного вмешательства на одной нижней конечности (обычно для операции избирается наиболее пораженная конечность) процесс расширения вен на второй ноге заметно ускоряется. Следует отметить, что чаще варикозное расширение вен начинается на левой нижней конечности.

Раннее выявление возможности развития заболевания позволяет широко проводить различные профилактические мероприятия, по возможности устранять факторы, способствующие развитию варикозной болезни, рационально организовывать режим труда и отдыха.

Одновременно можно проводить профилактику заболеваний, ускоряющих развитие варикозной болезни. К таким болезням относятся все те, которые способствуют повышению внутрибрюшного давления, т. е. сопровождающиеся

кашлем (коклюш, бронхит), хроническими запорами. Следует предупреждать развитие ожирения, соблюдать рациональное питание, при плоскостопии носить соответствующую обувь по рекомендациям ортопеда. Из видов спорта, пожалуй, наиболее приемлемы плавание, езда на велосипеде. Тяжелая атлетика противопоказана.

Обсуждая вопросы этиологии и патогенеза варикозной болезни, следует отметить передачу по наследству двух факторов, один из которых может превалировать. Один из таких 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 нарушениям кровотока. Второй фактор – это недостаточная оснащенность вен клапанами и их врожденная анатомическая неполноценность. Естественно, что при сочетании этих обоих факторов заболевание может протекать с ранним появлением его первых признаков и быстрым развитием симптомов. По первому признаку заболевание ближе стоит к группе коллагенозов¹, по второму – к категории ангиодисплазий (сосудистые нарушения). Коллагенозы и ангиодисплазий – заболевания наследственные, и близость варикозной болезни к этим разновидностям врожденной патологии не может служить осно-

¹ Коллагенозы – группа заболеваний, при которых наблюдается поражение соединительной ткани и кровеносных сосудов.

ванием, чтобы отдать предпочтение одному из них как основному этиологическому фактору. Варикозная болезнь всегда проявляется на нижних конечностях. Поэтому связь заболевания с прямохождением, с ортостатической венозной гипертензией очевидна.

Варикозная болезнь не встречается у животных; только человеку присуще это заболевание, так же как феномен наличия большей части циркулирующей крови ниже уровня сердца во время активной жизнедеятельности (60–70 %). Мы полностью разделяем мнение ученых, различающих два вида гипертензии в венах нижних конечностей: ортостатическую и динамическую, которые играют основную роль в патогенезе 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 (обратный) кровоток. Патологические проявления динамической венозной гипертензии (повышенное давление в сосудах) также возможны только при наличии противоестественного ретроградного кровотока. Такой кровоток возникает как в пределах глубоких вен, так и из коммуникантных вен в поверхностные.

Ни гипертензия, ни патологический кровоток сами по себе не вызывают варикозную болезнь. Только при наличии врожденной неполноценности вен эти факторы являются ре-

шающими в патогенезе заболевания.

Примерно так же можно оценить и роль других факторов. Действительно, после родов развитие варикозной болезни резко ускоряется. Но разве у каждой рожавшей женщины мы определяем варикозное расширение вен? Грузчики, рабочие, труд которых связан с необходимостью длительно пребывать в положении стоя, штангисты, силовые акробаты не так уж часто болеют варикозной болезнью, чтобы ее можно было назвать профессиональной. В этом отношении несомненный интерес имеют данные о географическом распространении заболевания или, как теперь иногда говорят, об эпидемиологии варикозной болезни.

Варикозная болезнь преимущественно распространена в странах, прилегающих к Средиземному морю, в Западной Европе, Северной Америке. В других странах варикозная болезнь встречается редко, но и там должны были бы в полной мере действовать факторы, которые обосновываются как причинные. Пожалуй, национальная принадлежность имеет в этом аспекте 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.

Венозная система по сравнению со стенками артериальной системы очень тонка и легко спадается даже при незначительном сдавливании (вы легко в этом убедитесь, если надавите пальцем на вену и отпустите).

Давление крови в венах 10–20 мм ртутного столба, а в крупных венах, находящихся в грудной полости, даже отрицательное, т. е. ниже атмосферного давления. При вдохе грудная клетка увеличивается, способствуя расширению легких, а также вен, находящихся в грудной полости. Стенки вен растягиваются, просвет расширяется, и давление в них падает, становясь отрицательным. Такое падение давления создает значительную разницу в давлениях крови в крупных и мелких венах, что способствует поступлению крови из мелких вен в более крупные, т. е. ее продвижению по направлению к сердцу.

Важным фактором, способствующим движению крови по венам, являются мышечные сокращения, которые выдавливают из них кровь.

Другой особенностью строения вен является наличие в них клапанов. На всем протяжении крупных вен недалеко друг от друга находятся полулунные клапаны, которые открываются в сторону сердца, но препятствуют обратному току крови.

Эти особенности – слабость стенок и наличие клапанов, в сочетании с мышечным сокращением, являются важнейшим механизмом, способствующим току крови по венам.

Вены нижней половины туловища и нижних конечностей характеризуются сильным развитием гладкой мышечной ткани во всех трех их оболочках (внутренней, средней и наружной). Это объясняется тем, что кровь по венам те-

чет под низким давлением, а для того чтобы преодолеть силу тяжести крови и поднять ее к сердцу, необходимы дополнительные усилия. По мере увеличения калибра вен количество мышечных пучков в средней оболочке уменьшается, но возрастает их число в наружной оболочке.

Заболевания вен представляют собой медицинскую и социальную проблемы.

В настоящее время 1 % мужчин и 4,5 % женщин в мире страдают болезнями вен.

На лечение хронической венозной недостаточности (ХВН) в США затрачивается 1,5–2 % бюджета, направленного на здравоохранение. Из года в год растет количество заболевших в нашей стране, молодеет контингент больных, хроническая патология венозной системы нижних конечностей отмечена у 35–38 млн россиян, причем 15 % из них страдают декомпенсированными формами с расстройствами трофики кожи вплоть до рецидивирующих язв голени.

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.