

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.....	6
Предисловие	7
Введение.....	9
Глава 1. Современное состояние проблемы рецидива варикозной болезни нижних конечностей.....	14
Глава 2. Краткая хирургическая анатомия венозной системы нижних конечностей.....	24
2.1. Нормальная анатомия вен нижних конечностей.....	24
2.2. Анатомические варианты строения вен нижних конечностей.....	37
Глава 3. Основные характеристики физиологии венозной гемодинамики	44
3.1. Механизм работы венозных клапанов и мышечно- фасциальной помпы	44
3.2. Нормальная физиология венозного кровообращения.....	52
Глава 4. Этиология и патогенез нарушения венозного кровообращения при варикозной болезни.....	55
Глава 5. Клиника варикозной болезни и ее осложнений	67
Глава 6. Сопутствующая патология и осложнения варикозной болезни.....	76
6.1. Сопутствующая патология.....	76
6.2. Осложнения варикозной болезни	80
Глава 7. Диагностика варикозной болезни и ее рецидива	86
7.1. Клиническое обследование	88
Глава 8. Причины развития рецидивного варикозного расширения вен	108
8.1. Диагностические ошибки.....	113
8.2. Тактические ошибки	115
8.3. Технические ошибки	115
8.4. Организационные ошибки.....	116

Глава 9. Хирургическое лечение больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей.....	118
9.1. Краткая история хирургического лечения больных варикозным расширением вен нижних конечностей.....	118
9.2. Способы лечения варикозной болезни нижних конечностей.....	127
9.3. Место мини-инвазивных вмешательств в хирургическом лечении варикозной болезни и ее рецидивов.....	135
9.4. Особенности хирургического лечения рецидива варикозной болезни нижних конечностей	142
9.5. Термооблитерация вен при рецидиве варикозной болезни ...	169
Глава 10. Результаты лечения больных с рецидивом варикозного расширения подкожных вен	173
10.1. Резидуальные проявления рецидива варикозного расширения подкожных вен	173
10.2. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения рецидивов.....	177
10.3. Оценка качества жизни пациентов после операции по поводу рецидива варикозного расширения вен	179
Глава 11. Метаанализ: эффективность клинического применения малоинвазивных методов лечения варикозной болезни и ее рецидива.....	187
11.1. Оценка результатов хирургического лечения.....	188
11.2. Анализ финансовых затрат на лечение варикозного расширения вен с помощью мини-инвазивных методов.....	218
Глава 12. Заключение.....	224
Список литературы	227
Предметный указатель.....	249

ПРЕДИСЛОВИЕ

Лечение варикозного расширения вен является проблемой мирового масштаба в связи с распространенностью заболевания во всех странах. Варикозное расширение вен занимает первое место среди всех заболеваний сосудов нижних конечностей.

Лечение этой патологии включает в себя как хирургические методы, заключающиеся в радикальном удалении варикозно расширенных вен, так и различные варианты венооблитерирующих операций, таких как стволовая склерооблитерация, радиочастотная облитерация, эндовазальная лазерная коагуляция (эндовенозная лазерная облитерация) и т.д.

Кажущаяся простота вмешательства на поверхностно расположенных венах, при этом с малой перспективой тяжелых и тем более жизнеугрожающих осложнений, привела к тому, что больных с варикозно расширенными венами оперируют (лечат) в общих хирургических стационарах. При этом оперируют хирурги, как правило, мало подготовленные или вовсе не подготовленные в области сосудистой хирургии. Большое число операций выполняются в коммерческих структурах в связи с коммерческой привлекательностью и врачами невысокой квалификации. Все это ведет к большому числу рецидивов и различных осложнений.

В связи с этим книга А.В. Гавриленко, П.Е. Вахратьяна, А.Н. Косенкова, посвященная изучению и лечению послеоперационных рецидивов варикозно расширенных вен, имеет большое практическое значение.

Авторы настоящего труда, учитывая свой многолетний опыт в лечении варикозной болезни и анализ современной литературы, изложили проблему варикозной болезни нижних конечностей и ее рецидивов наиболее полно.

Материалы, представленные авторами, посвящены традиционным методам и новым технологиям в диагностике и хирургическом лечении этой распространенной патологии.

Авторами наиболее полно описаны врачебные ошибки, способствующие как продолжению болезни, так и появлению послеоперационных рецидивов. Разработана их классификация.

На основе опыта авторов и данных проведенного метаанализа лечения варикозной болезни создан алгоритм хирургического лечения,

максимально предупреждающий появление рецидива и прогрессирование болезни.

Несмотря на полноту представленного труда, многие вопросы современной флебологии нуждаются в дальнейшем совершенствовании и решении, что ничуть не умаляет ценности и важности проведенного исследования.

Данный труд является ценным практическим руководством, предназначенным не только для сердечно-сосудистых хирургов и флебологов, но и для общих хирургов, а также врачей других специальностей и студентов медицинских вузов.

*Академик РАН,
профессор И.И. Затевахин*

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей как одна из актуальных и сложных проблем современной медицины приобрела в последние 20 лет острое медицинское и социальное значение. Медицинская и социальная значимость проблемы хронических заболеваний вен связана с высоким уровнем инвалидизации больных, преимущественно трудоспособного возраста, и значительными экономическими затратами на их лечение.

За этот период времени отечественная флебология достигла значительных успехов в диагностике и хирургическом лечении (ХЛ) пациентов с различными формами венозной недостаточности. Импульсом к увеличению интереса к флебологии послужили результаты дальнейшего изучения сложных механизмов венозного оттока из тканей и влияния его нарушений на тканевый метаболизм, функциональное состояние организма и перспективы реабилитации после ХЛ. Изучение механизмов различных форм венозной гипертензии и путей ее коррекции расширило наши представления и содержание основных положений современной флебологии.

Современный уровень исследований хирургической анатомии и физиологии венозной системы до сих пор не позволяет создать единое представление об особенностях оттока крови из нижних конечностей, поскольку полученные данные во многих вопросах остаются противоречивыми. В то же время анатомо-функциональные особенности всех отделов венозной системы нижних конечностей обуславливают развитие органических патологических изменений при хронической венозной гипертензии. Генерализация этого процесса приводит к изменениям, которые распространяются на все венозные сосуды нижних конечностей.

Консервативные и хирургические методы лечения ХВН нижних конечностей должны основываться на четком понимании анатомических особенностей всех элементов венозной системы. Неадекватная оценка состояния анатомии и венозной гемодинамики приводит к дальнейшему прогрессированию заболевания и выраженному рецидиву, который может потребовать повторного хирургического вмешательства.

Широкое распространение и совершенствование методов диагностики венозной гемодинамики позволили более глубоко оценивать характер гемодинамических изменений и более конкретно ставить показания к хи-

рургическому методу лечения. Однако остаются во многом нерешенные вопросы этиологии заболевания. Это может привести к развитию рецидива ХВН нижних конечностей даже при адекватно выполненном хирургическом вмешательстве.

Используемая техника хирургических вмешательств на подкожных венах при варикозной болезни совершенствовалась не одно десятилетие. Непосредственные результаты этих операций настолько удовлетворяли хирургов, что проблема казалась решенной. Однако в отдаленном периоде весьма часто возникали рецидивы заболевания. Это в значительной мере поколебало веру врачей и больных в возможность безрецидивного ХЛ заболеваний вен. Естественно, возникает вопрос: в чем причины неудачных исходов операций и рецидивов болезни? До настоящего времени нет ни одного метода лечения варикозной болезни (ВБ), который гарантировал бы 100% «излечение» без рецидивов (Шевченко Ю.Л., 1999).

Хочется отметить значительный вклад в развитие отечественной флебологии, который внесли академики РАН: В.С. Савельев, А.В. Покровский, И.И. Затевахин, Ю.Л. Шевченко, А.И. Кириенко, Ю.В. Новиков, профессора: Г.Д. Константинова, П.Г. Швальб, Ю.М. Стойко, Э.П. Думпе, А.Н. Веденский, Е.Г. Яблоков, Б.Н. Жуков, В.Я. Васютков, М.И. Лыткин, А.М. Шулутко, А.П. Чадаев, В.В. Кунгурцев, В.Ю. Богачев, В.В. Сабельников, В.Н. Дан, Н.П. Макарова, Е.Г. Градусов и другие.



Рис. 1. Академик РАН, профессор Савельев Виктор Сергеевич (1930–2013)



Рис. 2. Академик РАН, профессор Покровский Анатолий Владимирович (1930–2022)



Рис. 3. Академик РАН, профессор Затевахин Игорь Иванович



Рис. 4. Академик РАН, профессор Шевченко Юрий Леонидович



Рис. 5. Академик РАН, профессор Кириенко Александр Иванович (1947–2023)



Рис. 6. Академик РАН, профессор Новиков Юрий Васильевич (1937–2024)



Рис. 7. Профессор Константинова Галина Дмитриевна



Рис. 8. Профессор Швальб Павел Григорьевич (1932–2014)



Рис. 9. Профессор Стойко Юрий Михайлович



Рис. 10. Профессор Думпе Эдуард Павлович (1927–1982)



Рис. 11. Профессор Веденский Александр Николаевич (1931–1996)



Рис. 12. Профессор Яблоков Евгений Георгиевич (1938–1999)



Рис. 13. Профессор
Жуков Борис Николаевич
(1942–2018)



Рис. 14. Профессор
Лыткин Михаил Иванович
(1919–2013)



Рис. 15. Профессор
Васютков Вячеслав
Яковлевич (1937–2005)



Рис. 16. Профессор
Шулутко Александр
Михайлович



Рис. 17. Профессор
Чадаев Алексей Павлович
(1943–2007)



Рис. 18. Профессор
Кунгурцев Вадим
Владимирович



Рис. 19. Профессор
Богачев Вадим Юрьевич



Рис. 20. Профессор
Сабельников Владимир
Васильевич



Рис. 21. Профессор
Дан Василий Нуцович
(1941–2022)



Рис. 22. Профессор
Макарова Нина Петровна
(1929–2021)



Рис. 23. Доцент Градусов
Евгений Григорьевич
(1948–2022)

Глава 5

Клиника варикозной болезни и ее осложнений

Клинические проявления ВБ весьма разнообразны. В большинстве случаев приходится сталкиваться с тем, что больные длительное время не обращаются за помощью в связи с невыраженными неудобствами, которые не мешают им вести активный образ жизни.

Следует отметить то, что внешним признакам заболевания в виде единичных варикозных расширений вен нижних конечностей предшествует появление неприятных ощущений: повышенная утомляемость, тяжесть в ногах к вечеру, болевые ощущения в каком-либо участке голени. Такого типа жалобы появляются обычно в местах локализации перфорантных вен. На этом этапе развития заболевания выявить изменения в глубоких и магистральных подкожных венах можно на основании УЗ-ангиосканирования нижних конечностей. Однако в этой стадии заболевания больные обычно не обращаются к врачу, а если и обращаются, то при отсутствии варикозных расширений подкожных вен диагноз ВБ, как правило, отвергается, особенно если обращаются к врачу общей практики или хирургу, не занимающимся углубленно лечением флебологических больных. В дальнейшем на этих местах возникают единичные расширения вен.

Бывает, что начальными признаками ВБНК являются телеангиэктазии или единичные варикозно расширенные подкожные вены. В таком случае заболевание нередко ограничивается только этими симптомами, и прогрессирование процесса заключается в увеличении количества телеангиэктазий и ретикулярных вен. Только через несколько лет или даже десятилетий могут появиться варикозные вены в бассейне БПВ или МПВ.

Указанная симптоматика обусловлена начинающимся патологическим кровотоком по глубоким и перфорантным венам. Уже на этой стадии заболевания диагностика была бы весьма полезна, так как можно дать

рекомендации о рациональном режиме труда и отдыха, что приостановит прогрессирование патологии.

Нередко обращаются к хирургам за медицинской помощью по косметическим соображениям, особенно женщины.

В тех случаях, когда ВБ начинается с появления типичных венозных узлов, можно выделить два варианта развития заболевания. Появление варикозных вен на голени, чаще на медиальной ее поверхности, указывает на преимущественное поражение перфорантных вен, которые можно обнаружить пальпаторно или с помощью инструментальных методов обследования. Преобладание низкого вено-венозного сброса вовсе не означает, что стволы магистральных подкожных вен не имеют клапанной недостаточности. По ним также может наблюдаться рефлюкс, но, как правило, магистралы расширены незначительно, выраженных варикозных узлов не отмечается, а рефлюкс крови по ним носит сегментарный характер.

Первое появление варикозно измененных вен изначально вне области обычной локализации перфорантных вен (бедро, переднелатеральная поверхность голени, подколенная ямка и задняя поверхность верхней трети голени) уже указывает на ведущую роль достаточно высокого вено-венозного сброса. Рефлюкс по БПВ и/или МПВ может быть диагностирован с помощью функциональных проб или УЗ-ангиосканирования. Сами магистральные стволы расширены и хорошо пальпируются на всем протяжении, особенно у худых людей. Нередко можно наблюдать типичную варикозную деформацию подкожных магистралей. Выраженный вертикальный сброс не исключает наличия несостоятельных перфорантных вен, но их патогенетическая роль еще невелика. Со временем различия в проявлениях ВБ нивелируются, и флебологи начинают наблюдать больных, у которых есть как стволовой варикоз с вертикальным рефлюксом, так и выраженный перфорантный сброс.

В более позднем периоде у большинства больных через некоторое время (3–5 лет) после появления первых варикозных вен отмечаются функциональные расстройства в виде жалоб на чувство тяжести в ноге, боль по ходу подкожной вены, особенно на голени, пастозность стопы и голени, возникающие в конце рабочего дня.

Первые признаки ВБ приходится наблюдать уже в юношеском возрасте. В дальнейшем развитие заболевания ускоряется при выполнении работ, связанных с поднятием и переносом тяжестей, статическими перегрузками, во время беременности и под влиянием многих других факторов.

От момента возникновения в дальнейшем ВБ имеет неуклонное прогрессирование в течение всей жизни. Хотя заболевание не относится

к категории тяжелых, но в стадиях выраженных клинических проявлений оно существенно снижает качество жизни и трудоспособность пациента, а осложнения ХВН нижних конечностей приводят к утрате конечности. Особую опасность для здоровья и даже жизни человека представляет такое осложнение ВБ, как тромбоз, который может переходить на глубокие вены, может привести к последующей эмболии легочной артерии.

Больные пожилого и старческого возраста с длительно не заживающими варикозными трофическими язвами, у которых ХЛ представляет повышенный риск из-за сопутствующей патологии, в мучениях проводят свои последние годы жизни с незажившими обширными трофическими язвами. Длительно существующий воспалительный процесс в коже и подкожной клетчатке в редких случаях, но заканчивается злокачественным перерождением трофических язв.

Следует отметить ошибочное мнение о возможности полного излечения ВБ. Современные методы лечения, несмотря на их бурное развитие и техническое оснащение, в том числе и хирургические, не излечивают ВБ. Речь может идти лишь о более или менее продолжительном уменьшении тяжести ее проявлений, то есть о ее ремиссии и профилактике более грозных осложнений. После операции варикозное расширение подкожных вен рано или поздно появляется вновь. Нарушения гемодинамики в глубоких венах пока еще удается исправлять только на отдельных уровнях конечности. В то же время именно они — нарушения гемодинамики и венозная гипертензия — обуславливают многие симптомы болезни.

Занимаясь изучением роли наследственности, мы провели обследование ближайших родственников пациентов, оперированных по поводу ВБ. Среди этой группы обследуемых практически здоровых людей были выявлены лица, отметившие умеренно выраженную тяжесть в ногах к концу дня. При УЗ-ангиосканировании у них были обнаружены начальные признаки ВБ в виде относительной недостаточности клапанов бедренной вены, остиального клапана БПВ или клапанов подколенной вены.

Умеренную недостаточность клапанов глубоких вен мы обнаружили у 26,3% пациентов, родственников наших больных ВБ, предъявлявших жалобы только на тяжесть в ногах и не имевших явных признаков заболевания (вертикального и горизонтального венозного рефлюкса). На основании этого мы полностью разделяем мнение П.Г. Швальба и его сотрудников о необходимости выделения субклинической стадии ВБ. В практической деятельности следует учитывать возможность раннего выявления этой стадии болезни. Во всех последующих стадиях развития болезни имеют место расширения поверхностных вен, и основное внимание приходится уделять выявлению сопутствующих заболеваний и проведению дифференциальной диагностики.

Частым проявлением начала ВБ является расширение поверхностных вен в верхней трети голени, однако расширенные вены могут первично проявляться в любых отделах одной или одновременно обеих нижних конечностей. При этом характер варикозных расширений подкожных вен в значительной мере определяется их исходным вариантом анатомического строения, восходящей или нисходящей формой развития заболевания.

ВБ в начальных стадиях развития может проявляться локальными расширениями вен на стопе, на отдельных участках голени, подколенной области. Мы наблюдали у 82,8% больных эктазии в бассейне БПВ. Изолированные варикозные узлы в бассейне МПВ были выявлены только у 6,7% пациентов. Одновременные изменения вен в системах большой и малой подкожных вен отмечены в 10,5% случаев.

Следует помнить, что ВБ распространяется не только на подкожную венозную систему. В этот процесс могут быть вовлечены и глубокие венозные магистрали, в которых можно также обнаружить клапанную недостаточность в той или иной степени выраженности. При этом нет четкой корреляции между расширениями поверхностных и глубоких вен.

Здесь возможны следующие варианты. Если расширения поверхностных вен сопровождаются отсутствием изменений в глубоких венах с полноценными клапанами, то симптомы ВБ при этом обычно слабо выражены. И наоборот, когда начальные признаки расширения поверхностных вен сочетаются с дилатацией глубоких вен и выраженной недостаточностью клапанов, симптомы заболевания, в виде болевых ощущений, судорог, повышенной утомляемости, превалируют.

Согласно данным А.Н. Веденского (1983), при флебографических исследованиях у 86% больных наблюдались расширения подкожных вен в сочетании с недостаточностью клапанов и расширением глубоких вен. В 14% наблюдений поверхностные вены были расширены, но глубокие вены дистальнее устья БПВ имели полноценные клапаны. У этих больных удаление поверхностных вен обеспечивало бы практически полное устранение симптомов болезни и стойкий хороший результат.

При клапанной недостаточности глубоких вен мы наблюдали ортостатическую круралгию.

Нисходящая форма прогрессирования ВБ развивается после появления относительной недостаточности остиального клапана БПВ.

В начальных стадиях восходящей формы расширения в бассейне БПВ остиальный клапан полноценен и УЗ-исследование бедра не выявляет присутствия патологического кровотока из бедренной в БПВ. Обычно эктазия подкожных вен возникает в месте расположения какой-нибудь одной прямой перфорантной вены. Причиной ее клапанной недостаточности может быть врожденное отсутствие клапанов или разрушение их после ушибов,

кровоизлияний в мягкие ткани и мышцы, локальных тромбозов. Следует отметить и тот факт, что сама травма не вызывает ВБ, а ускоряет ее развитие.

Основным фактором, определяющим характер патологических изменений вен при ВБ, является ретроградный кровоток, который приводит к развитию венозной гипертензии. Изменения магистральных вен и их притоков приводят к нарушениям на уровне микроциркуляции. Когда давление в венах начинает превышать 30 мм рт.ст., раскрываются артериовеноулярные анастомозы и возникает обкрадывание капиллярного русла. Развивающаяся гипоксия тканей приводит к развитию некрозов. Присоединившиеся нарушения лимфооттока усугубляют развитие трофических изменений тканей конечностей.

Трофические изменения тканей в первую очередь обуславливаются патологическим кровотоком по несостоятельным перфорантным венам. Возникает такой кровоток под влиянием сокращающихся мышц при ходьбе. То есть при клапанной недостаточности перфорантной вены гипертензия движения, а не статическая гипертензия приводит к резкому повышению давления на уровне микроциркуляции.

В то же время при адекватной функции клапанов глубоких и перфорантных вен может наблюдаться резко выраженное расширение вен в системе БПВ под влиянием патологического кровотока через остиальный клапан, что характерно для нисходящей формы ВРВ.

Гиперпигментацию кожных покровов голени при ВБ могут спровоцировать ушибы и кровоизлияния; в месте, часто нетипичном для венозной недостаточности, они и располагаются. Обычно это передняя или внутренняя поверхность голени (**рис. 5.1**).



Рис. 5.1. Гиперпигментация кожи при варикозной болезни

Жалобы больных с ВБ обусловлены нарушениями венозного оттока. Наиболее частыми из них являются тяжесть в ногах к концу дня, повышенная утомляемость и болевые ощущения по ходу расширенных вен. В положении лежа эти жалобы быстро проходят. В ночное время беспокоят судороги в икроножных мышцах. Первыми признаками развивающихся трофических изменений мягких тканей бывают кожный зуд, дерматиты, венозная экзема.

Гиперпигментация кожных покровов обусловлена повторными мелкими кровоизлияниями в кожу и отложением гемосидерина в этих местах вследствие распада эритроцитов в межклеточном пространстве. Индурация подкожной жировой клетчатки является следствием ишемического целлюлита последней, следствием которого является замещение жировой ткани соединительной тканью. Клинически это выражается в том, что в этих отделах, преимущественно на внутренней поверхности нижней трети голени, кожа не берется в складку, становится сухой, шероховатой. Над резко расширенными венами кожа истончается, атрофируется. Помимо гиперпигментации кожи, наблюдается в различной мере выраженный общий цианоз или отдельные пятна синюшного или багрового цвета.

Трофические нарушения часто сочетаются с функциональными неврологическими нарушениями, такими как дисгидрозы. Причем ангидроз (отсутствие потоотделения) встречается чаще, чем гипергидроз.



Рис. 5.2. Трофические нарушения у больной с варикозной болезнью в виде экземы и язвы

Пастозность нижней трети голени и стопы — обычное явление для ВБ. Перечисленные симптомы и признаки в процессе развития заболевания выражены в большей или меньшей мере, в том или ином сочетании.

Начальные этапы развития ВБ можно охарактеризовать как период симптомов, а в поздней стадии — период признаков и осложнений (Веденский А.Н., 1983). Наиболее тягостные симптомы наблюдаются у лиц с выраженной несостоятельностью клапанов глубоких вен бедра и голени.

Далеко зашедшие стадии ВБ сопровождаются развитием трофических язв. Излюбленной локализацией язвенного процесса является внутренняя поверхность нижней трети голени и область медиальной лодыжки (**рис. 5.2**).

Рожистые воспаления при ВБ возникают на фоне трофических язв, индуративного целлюлита. Условием для развития рожистого воспаления является наличие лимфостаза нижней конечности, который сопровождается запущенными формами ВБ. Еще большую опасность прогрессирования трофических нарушений представляют рецидивирующие рожистые воспаления. Требуется большие усилия врачей для того, чтобы разорвать этот патологический круг.

Другими осложнениями ВБ являются тромбофлебит, кровоизлияния и кровотечения. Тромбофлебит подкожных вен представляет наибольшую угрозу эмболических осложнений, которые развиваются при переходе тромботического процесса на глубокие магистральные вены. Опасность ситуации представляет тот факт, что переход тромбоза на глубокие вены не сопровождается сколь-нибудь выраженными клиническими проявлениями, такими как отек конечности, чувство распирания ее, что характерно для тромбоза глубоких вен. Это обусловлено тем, что тромб из той же БПВ, распространившись на глубокую, не перекрывает ее просвет полностью, а чаще всего флотирует, что создает опасность его отрыва.

Тромбозы глубоких вен на фоне ВБ, даже если не приводят к эмболическим тяжелым осложнениям, не проходят бесследно для больного, а развиваются в последующем в посттромботическую болезнь.

От момента появления первых признаков ВБ до возникновения тяжелых трофических изменений мягких тканей проходит от пяти лет и более. У ряда пациентов можно наблюдать достаточно благоприятное развитие болезни, и тяжелых трофических изменений мягких тканей не возникает. Это определяется формой и характером развития патологии. Формы ВБ (нисходящая и восходящая) наиболее четко различаются в начальных стадиях развития заболевания. В процессе болезни различия между формами стираются, и в запущенных стадиях зоной максимальных трофических изменений мягких тканей (вплоть до изъязвления) неизменно является внутренняя поверхность нижней трети голени.

ВБ нельзя рассматривать как заболевание вен только нижних конечностей. При ВБ в расширенных венах нижних конечностей, как мы знаем, депонируется значительная часть крови (несколько сотен миллилитров). Быстрая смена горизонтального положения на вертикальное сопровождается значительным перераспределением крови, которое у больных ВБ может приводить к явлениям ортостатического коллапса. Депонирование крови в расширенных венах нижних конечностей, безусловно, отражается на деятельности всей сердечно-сосудистой системы. Это выражается в виде повышенной утомляемости, одышки, слабости, головных болей. Эти симптомы неярко выражены и нередко обусловлены воздействием и других заболеваний, но ВБ утяжеляет эти общие проявления

недомогания. Своевременная коррекция гемодинамических нарушений при ВБ предупреждает прогрессирование не только местных, но и общих циркуляторных нарушений в организме.

Кроме варикозных эктазий в системах большой и малой подкожных вен, есть еще одна форма расширения вен на латеральной поверхности голени и бедра. Изолированно это можно наблюдать только в 2–5% случаев, но в сочетании с варикозом в системе большой и/или малой подкожных вен это встречается у 9–15% больных ВБ. Наличие системы подкожных вен на латеральной поверхности конечности связывают с задержкой редукции латеральной подкожной вены в эмбриональном периоде развития плода.

Можно выделить три основные разновидности варикозных расширений вен латеральной поверхности бедра: Х-, Y- и S-образной формы ветвления. Через перфорантные вены они связаны с различными отделами глубоких вен голени и бедра. Наиболее полной является Х-образная форма латеральных вен, при которой различаются передние и задние ветвления как на голени, так и на бедре.

На уровне бедра задняя ветвь сообщается непосредственно с системой глубокой вены бедра, а передняя ветвь соединяется через перфорантные вены с системой латеральных вен, окружающих бедренную кость. В проекции коленного сустава расширенные поверхностные вены сообщаются с подколенной веной. В пределах голени задние ветви сообщаются через перфорантные вены с системой малоберцовых вен, а передние ветви — с переднеберцовыми и малоберцовыми венами. Кроме перечисленных, существуют еще два варианта впадения латеральных подкожных вен: в БПВ, бедренную или нижнеягодичную вену.

Расширения латеральных вен происходят под воздействием патологического ретроградного кровотока через перфорантные ветви из глубоких вен или из БПВ.

Изолированное расширение вен на латеральной поверхности конечности встречается относительно редко. Количество больных, которых мы оперируем по поводу латерального варикоза, составляет около 2–3% общего количества прооперированных больных ВБ. В сочетании с варикозными расширениями в системах большой или малой подкожных вен патологические изменения вен по латеральной поверхности встречаются в 10% наблюдений. Анализ наших клинических наблюдений позволяет предполагать, что патологические расширения поверхностных вен латеральной поверхности конечности гораздо ближе к ангиодисплазиям, чем к ВБ.

Основным методом диагностики расширения вен латеральной поверхности, кроме клинического осмотра, является УЗ-исследование. При этом

необходимо определить тип варикозного расширения латеральных вен, поскольку это важно для выбора тактики ХЛ. Если имеется изолированное поражение латеральных вен, достаточно выполнить изолированные вмешательства на венах латеральной поверхности конечности. В случае сочетания их с варикозными изменениями магистральных подкожных вен необходимо также провести сафенэктомию.

Таким образом, клиника ВБ весьма разнообразна в зависимости от того, где располагается первичный очаг возникновения заболевания. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, это уже не представляет существенной значимости. Ранняя диагностика и своевременная коррекция ВБ позволяют избежать тяжелых последствий заболевания.