

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



РЕФЕРАТ

Мавзу: Оёқ веналарининг варикоз касаллиги

Бажарди: Исмаилова У.

Самарқанд 2017 йил

Оёқдаги сурункали веноз етишмаслигининг симптомлар йигиндиси бу юзаки веналарнинг кенгайиши тургун ва кайтмаслиги натижасида вена деворининг ҳолатани ва клапан апаратини кўпол патологик узгартириб, юзаки, коммуникант ва чуқур веналар клапан етишмовчилиги трофик яралар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Варикоз сўзи латинча сўз бўлиб "Varax, vanc" - "шишган" деган маънони билдиради. Варикоз касаллиги билан йилига 40% аёллар ва 20% эркеклар касалланадилар. Ҳар йили оёқ веналарининг варикоз касаллиги 2,5% ошмоқда.

Одамларнинг вертикал ҳолатда актив юрганда, қоннинг (60-70%) юракдан пастда бўлади. Шу туфайли оёқ веналарида босим ошади. Айланадиган қоннинг юракка қайтиши учун фақат юракнинг вазифаси эмас, балки болдир мушакларининг мушак насоси фаолияти ҳам катта аҳамиятга эга бўлади. Веноз қоннинг оқиши перифериядан марказга қараб ҳаракатланганлиги туфайли веналардаги клапаннинг аҳамиятини янада оширади ва шу клапанлар бўлганлиги сабабли веноз қон рефлюкси кузатилмайди. Сурункали веноз етишмовчилиги ривожланиши учун юрак фаолиятининг сустлиги, мушак насосининг бузилиши ва вена клапанларининг етишмовчилиги сабаб бўлади. Булардан ташқари вена девори фиброматоз ўзгаришлар натижасида қисилиши ёки ҳомиладорлик вақтида бачадон билан босилиши, чов ва сон соҳасидаги лимфа тугунларининг катталашishi натижасида, қорин парда орти ўсма-шишлари туфайли босилиши натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин. Клапан етишмовчилиги абсолют ва нисбий бўлиши мумкин. Абсолют клапан етишмовчилиги морфологик ўзгаришлар натижасида нисбий эса клапанларнинг тўлиқ ёпилмаслиги натижасида кузатилади.

Абсолют клапан етишмовчилиги венанинг жароҳатларидан кейин, марказий веноз томирларнинг тромбози кейинчалик реканализацияси сабабли юзага келиши мумкин. Нисбий эса қорин бўшлигида босимнинг ошиши натижасида (ўпканинг сурункали касалликларида, тухтовсиз йўтал юзага келганда). Булардан ташқари тик турган ҳолда ишлайдиган касб эгаларида веноз босимнинг ошиши кузатилади. Умуман олганда сурункали веноз етишмовчилиги патогенезида юқоридаги факторлар қўшилиб келиши натижасида юзага келади.

Оёқ веналарида веноз етишмовчилик ривожланишида веналар гемодинамикаси бузилишини туғри тушуниш учун урта ҳолатни инобатга олиш керак бўлади:

1. Оёқ веналарида қон оқиши учта, чуқур, юзаки ва коммуникант вена тизим, ёрдамида юзага келади. Кичик ва катта тери ости веналари ўз навбатида тизза ости ва сон веналарига қуйилиб хусусий тизимни ташкил қилади.

Оёқларнинг юзаки веналарида ва чуқур веналарида оқаётган қон ҳажмининг ўзаро нисбати 1:4 ни ташкил қилади. Бошқача қилиб айтганда, агар чуқур веналардаги қон оқими бузилса, масалан сон венаси ўткир тромбозиди, гемодинамиканинг килиник бузулиши айтарли даражада аниқ куринади.

Тери ости веналарида қон оқиши тўхтатилганда эса, веналар гемодинамикаси бузулиши деярли кузатилмайди, чунки магистрал веналар уларнинг функциясини ҳам бемалол бажара олади.

2. Қон юзаки веналардан чуқур веналарга уларнинг тушиш жойидан бевосита оқиб утади, ҳамда комуникант вена тизимлари орқали ҳам (нормада уларнинг кўпчилиги фаолият бажармайди)

Шундай қилиб, сурункали веналар етишмовчилигининг килиник кўриниши уларнинг шикастланиш жойига боғлиқ.

Шундай бўлишига қарамасдан, веналарнинг варикоз кенгайишлари ўз ечимини топган эмас, ҳозирги кунда шу касалликни келтириб чиқарувчи экзоген ва эндоген омилларга боғлиқлиги яхши ўрганилган.

Шундай омиллар ҳам борки юзаки веналар девори ва уларнинг клапанларини морфологик ва функционал ўзгаришига олиб келади, ва кейинчалик веналар эктазиясига сабаб бўлади. Бу омиллар юзаки веналар системасида ёки уларнинг бир қисмида босимнинг ошишига, олиб келади. Келтирилган этиологик ва патогенетик омиллар шартли ҳисобланади, кўп ҳолатларда битта омилнинг ўзи ҳам мойилликда таъсир этишда катта рол ўйнайди. Келтирилган омиллар: веналар девори эластик-мускул каватининг туғма кучсиз бўлиши ва клапан аппаратининг етишмовчилиги. Бу теориянинг тарафдорлари шундай ҳисоблайдилар, веналар кенгайиши худди туғма скелет деформациялари, яссиоёқлик, чурралар, варикоцеле, геморрой ва ҳ.к. — бу бириктирувчи тўқима аппаратининг функционал етишмовчилигидир. Вена девори туғма етишмовчилигига қарши асосий аргументлардан бири, веналарнинг варикоз кенгайиши асосан оёқларда кузатилади. Варикозларнинг юзага чиқишида асосан: 50% ҳолатларда веналар кенгайиши аёлларда биринчи ҳомиладорликдан кейин кузатилади, ва 15% иккинчи ҳомиладорликдан кейин. Эндокрин омиллар ҳам варикоз касаллигининг келиб чиқишида муҳим рол ўйнайди. Кўплаб муаллифларнинг фикрича, ҳомиладор аёлларда веналар кенгайиши, чанок веналарининг қисилиши, ва қорин ичи босимининг ошиши билан эмас, балки жинсий гармонларнинг веналар девори мушак каватини кучсизлантириши сабаб бўлади деб ҳисоблайдилар.

Варикоз кенгайишларнинг ривожланишида асосан дисгормонал ҳолатлар, гормонал контрацепция воситаларининг кенг кўламда қўлланилиши, олдинги ва кейинги менопауза ҳолатларда ўринбосар гармонал терапия, ва ёшга боғлиқ бўлган моддалар алмашинувини бузилиши таъсир қилмоқда.

Семизлик ҳам аҳолининг барча қатламларида варикоз касаллигига олиб келувчи асосий омиллардан бири ҳисобланади. 20 кг ортиқча вазн варикоз касаллигини келиб чиқишини 5 марта оширади.

В.С. Савельев (1972) оёқларнинг юзаки веналарида гипертензияга олиб келувчи кўплаб омилларни 3та асосий механизмга бўлди,

1. Оёқлардаги веналарда қон оқишини қийинлаштириши
2. Чуқур веноз системадан юзаки веналарга қоннинг чиқиши
3. Артериялар системасидан юзаки веналар системасига артерия-вена комуникациялари орқали қоннинг чиқиши.

Одамнинг вертикал ҳолатда туриши оёқлардаги веналар девори ичида катта босимга ва чўзилишга олиб келади.

Шунинг учун қорин ичи босимининг ошиши, оғир юк кўтарилиши билан боғлиқ, йўтал билан, сурункали кабзият каби сабаблар, периферик қон оқишини бузилишига олиб келади.

Гипертензия таъсирида чуқур системалардаги комуникант веналарнинг кенгайиши ва уларнинг клапан аппарати етишмовчилиги ҳамда юзаки веналар системасида қон рефлюкси, уларнинг кенгайишини ва клапанлар етишмовчилигини келтириб чиқаради.

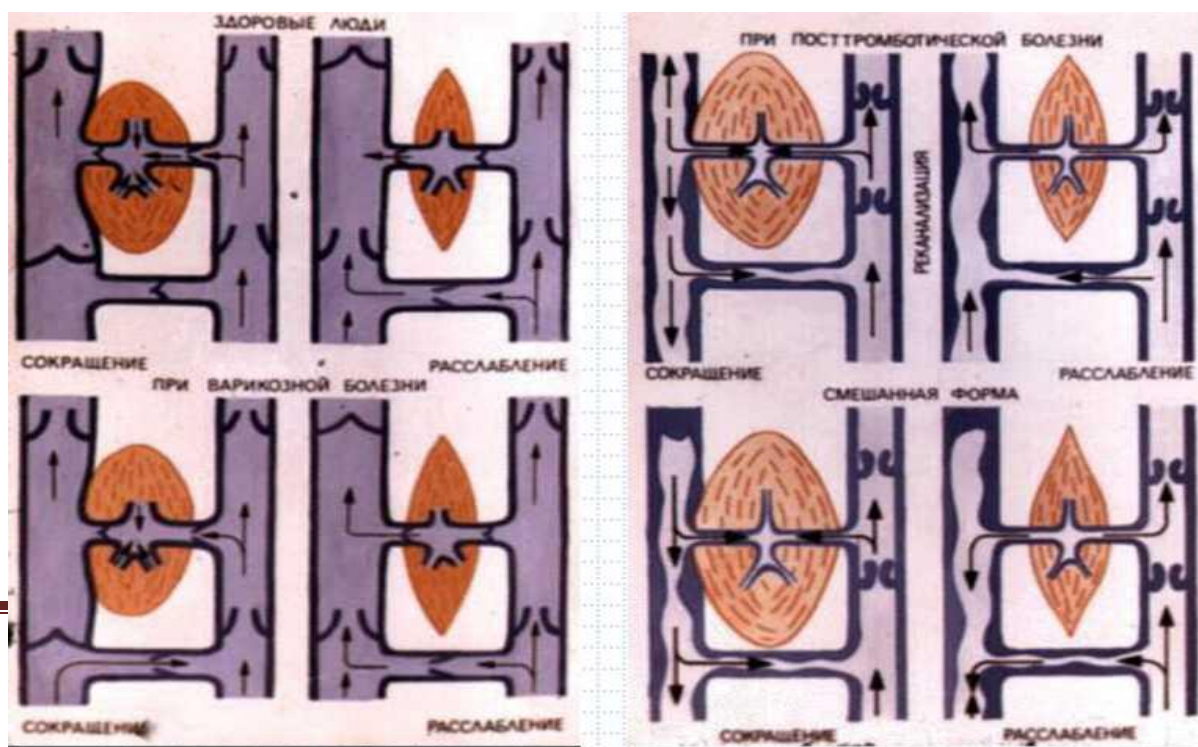
Юзаки веналар кенгайиши алоҳида формаси «артериал фистула» деб номланади. Юзаки веналар кенгайиши артериал қонни веноз қонга кичик артерио – веноз анастомозлари орқали ўтиши ҳисобига юзага келади.

Нормада бу анастомозлар функцияси бўлмайди. Ҳар хил эндоген ва экзоген таъсирлар ҳисобига (оғир мускуллар иши, юқори температура омили, интоксикациялар) артерио – веноз анастомозлар очилади. Бунда артериал қон юзаки веналарга қуйилади, ва уларда ортиқча босим таъсирида тарқалади. Шундай қилиб келтирилган омиллар оёқларнинг юзаки ва чуқур веналарида қон оқимини бузилишига олиб келади.

Чуқур веналарнинг ўзига хос анатомофизиологик хоссаларидан бири, гидростатик босимнинг ошишига чидамлилиги.

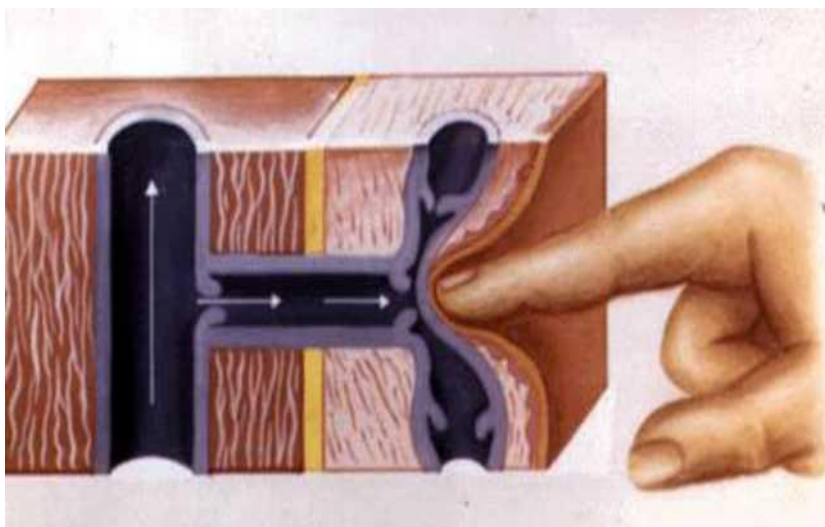
Шунинг учун оёқлардаги веналарда димланиш биринчи навбатда юзаки веналар ҳолатини кўрсатиб беради. Охирги вақтларда изланувчиларнинг фикрича юзаки веналар варикоз кенгайишига сабаб чуқур веналарнинг функционал етишмовчилиги. Шунинг учун– чуқур веналар патогенетик етишмовчилиги кейинчалик веноз гипертензияга олиб келувчи, перфорантлар етишмовчилигига ва юзаки веналар варикоз кенгайишига олиб келади.

Посттромбофлебитик синдромда мушак веноз помпа функцияси.





Кичик тери ости венасини пальпацияда аниқлаш



перфорант вена клапан етишмовчилигини палпация қилиб аниқлаш.

Адабиётларда курсатилишича юзаки веналар варикоз кенгайиши, ҳақиқий сабабларини аниқлаш жуда қийин ва бунда чуқур веналар оқимида клиник ўзгаришлар кузатилмайди ҳамда бундай ўзгаришлар бирламчи ёки эссенциал варикоз дейилади (бундай номлаш кўп беморлардан жаррохлик даволашда – варикоз

кенгайган веналарни олишда қўл келади). Юзаки веналар варикоз кенгайишини чакирувчи асосий сабабни аниқлашда, у иккиламчи (компенсатор) деб номланади ва унга олиб келувчи, туғма (Паркс-Вебер-Рубошов касаллиги) ва ортирилган артерио – веноз фистулалар, ангиодисплазиялар, постромбофлебитик синдромлар кирадм.

Касалликнинг патологик характери ва унинг локализацияси, клиник ва илмий изланишлар натижасига биноан халқаро СЕАР (1994) буйича классификацияланади.

СЕАР Классификацияси (1994)

Бу классификацияда касалликнинг клиник (clinical) куриниши, этиологик (etiological) ва анатомик (anatomical) патология факторлари ҳамда патофизиологик (pathophysiological) бузулишлар буйича таснифланган.

Клиник классификацияси

Сурункали веноз етишмовчилиги симптомлари объектив клиник белгилари борлиги (S) ёки юклиги (A)

- C0a: Варикоз веналаринида кўринарли белгилар ва палпацияда ўзгаришлар бўлмаслиги.
- C0s: Варикоз веналаринида кўринарли белгилар ва палпацияда ўзгаришлар бўлмаслиги. + симптомлар (оғриқ, шиш, оёқларда оғирлик, қичиш ва томир тортилиши)
- C1a: телеангиэктазиялар ёки ретикуляр веналар

Телеангиэктазия : конгломерат тери ости венулаларининг доимий кенгайиши <1 мм тўрсимон веналарнинг диаметри: тери ичи куқимтир веналарининг доимий кенгайиши > 1 мм ва <3мм диаметра

- C1s: телеангиэктазиялар ёки тўрсимон веналар + симптомлар
- C2A: варикоз веналари- доимий кенгайган веналар > 3 мм диаметри, тик турган ҳолатда

- C2s: варикоз веналар + симптомлар
- C 3a: шиш

шиш – тери ости тукумасида сезиларли даражада суюқлик хажмининг ошиши бу ҳолат босиб қурилганда ботиқлик ҳосил бўлиши билан характерланади.

- C3s: шиш + симптомлар
- C4a: вена қон томир касалликлари учун тери ўзгаришлари (пигментация, веноз экзема, липодерматосклероз, ок атрофия)

Пигментация : тери малла пигментини тўқлашиши, одатда оёқ қафтида кузатилади лекин бошқа қисмларига ҳам тарқалиши мумкин.

Экзема – Оёқлардаги эритема, қавариқли, нам ёки қипиқли тошма

Липодерматосклероз: терининг зич қисми, айрим ҳолатларда чандиқли контрактуралар билан.

Ок атрофия : айлана булиб жойлашган, оқимтир ва атрофияга учраган тери қисми, кенгайган капилларлар доғ билан ўралган, айрим ҳолатларда гиперпигментацияланган.

- C4s: тери ўзгаришлари + симптомлар
- C5a: тери ўзгаришлари , юқорида кўрсатилган, ва таранг тортилган яралар
- C5s: тери ўзгаришлари , юқорида курсатилган, ва таранг тортилган яралар + ВСК симптомлари: тери ўзгаришлари , юқорида курсатилган, ва очиқ яралар
- C6s: тери ўзгаришлари , юқорида курсатилган, ва таранг тортилган яралар + симптомлар

Этиологик классификация (Ес, Эп, Es)

- Ec (congenital) – туғма касалликлар ;
- Ep (primary - with undetermined cause) – сабабига кўра бирламчи касаллик аниқланмаган
- Es (secondary - with known cause)- иккиламчи касаллик аниқ сабабларга кура
- En этиологиясини аниқланмаган.

Анатомик классификация (As, Ad, Ap)

Таъсир тизими ёки икки (уч) та тизимларнинг маҳаллийлаштиришини анатомик классификация кўрсатади:

Катта (узун) тери ости томири (GSV). Тиззадан юқорида.

Катта (узун) тери ости томири(CSV). Тиззадан пастда.

Кичик (калта) тери ости томири (LSV)

Номагистрал тери ости томири

- Ad (Deer) - чуқур томирлар:

Пастки ковак томир (CAV)

Ёнбош томирлар: умумий, ички, ташқи

Думғаза томирлари: жинсий аъзолар веналари, бачадон кенг боғламлари ва бошқалар

Сон томирлар: умумий, чуқур, устки тизза ости томирлари

Болдир томирлари: олдинги, орқа (ҳаммаси жуфт)

Мушак веналари: икрасимон мушак, товон ва бошқалар.

- Ap (Perforating) - перфорант веналар: сон, болдир
 - Таъсир тизими еки икки (уч) та тизимларни маҳаллийлаштиришни анатомик классификация курсатади :
- As Superficial) – телеангиэктазиянинг устки томирлари' ретикуляр томирлар

Патофизиологик таъсифи (Pг, Pо, Pг, в)

Томирларнинг дисфункциясининг клиник белгилари ва симптомлари куйидагилар оқибатида бўлиши мумкин:

- рефлюкс (Pг)
- обструкция (Pо)
- Ёки уларнинг турлари (Pг, в).

Веноз дисфункцияни баҳолаш

• Шикастланган оёқ-қулларнинг веноз дисфункциясини баҳо микдори балларни ҳисоблаш йули билан тасвирланади. 3 та алоҳида шкала мавжуд: анатомик, у ерда анатомик сегментлар курсатилади, ҳар бири бир баллдан баҳоланади, клиник шкала ва иш қобилиятининг пасайиш шкаласи.

Клиник шкала

1. Оғриқ (0 = мавжуд эмас, 1 = ўртача, оғриқ қолдирувчи воситаларни қабул қилишни талаб қилмайди ; 2 = кучли оғриқ қолдирувчи воситаларни қабул қилишни талаб қилади)
2. Шиш (0 =мавжуд эмас, 1 = озгина/ўртача, 2 = кўп)
3. "Веноз оксоклик" (0 = мавжуд эмас, 1 =озгина/ўртача, 2 = кўп)
4. Пигментация (0 = мавжуд эмас, 1 =чекланган, 2 =тарқалган)
5. липодерматосклероза(0 = мавжуд эмас, 1 =чекланган, 2 =тарқалган)

Яра:

1. катталиги (0 = мавжуд эмас, 1 = диаметр <2 см, 2 = диаметр > 2 см) (яранинг узи)
 2. Давомийлиги (0 = мавжуд эмас, 1 = <3 ой, 2 => 3 ой)
 3. рецидивлиги (0 = мавжуд эмас, 1 = бир марта 2 = бир мартадан кўп)
- Сони (0 = мавжуд эмас, 1 = битта, 2 = кўп)
 -

Иш қобилиятининг пасайиш шкаласи

1. 0 - симптомсиз кечиши

2. 1 - касалликнинг симптомлари мавжудлиги, пациент қувват берувчи воситаларсиз ҳам ишлай олади
3. 2 - 8- соатлик иш куни бўйича ишлай олади, фақат қувват берувчи воситалар билан
4. 3 - ишлаш қобилияти йўқ, хатто қувват берувчи воситалар қабул қилса ҳам

Патофизиологик шикастланишнинг характеристикаси

Патофизиологик шикастланишнинг характеристикаси ультразвук текширув натижаларига асосланади.

- Поликлиника ва умумхирургик стационардаги амалиёт хирурглари кискартирилган ВХ, ХВН классификациясидан фойдаланиши мақсадга мувофиқ.

Қоидага мувофиқ, улар қуйидаги булимлардан иборат:

ВХ формалари:

1. Патологик вено-веноз ташлашсиз Тери ичи ва териости сегментар варикозы;
2. Ташқи еки перфорант веналар бўйлаб рефлюксли сегментар варикоз;
3. Ташқи еки перфорант веналар бўйлаб рефлюксли тарқалган варикоз;
4. Чуқур веналар бўйлаб рефлексли тарқалган варикоз.

Сурункали веноз етишмовчилигининг даражалари (0,1, 2, 3)

Асорати:

- Қон кетиши,
- тромбофлебит,
- трофик язва (яра процессининг локализация ва даржасини курсатиб)

СВЕ даражаси	Оекларнинг СВЕ классификацияси
0	Асосий клиник симптомлар
1	Мавжуд эмас
2	"оғир оёқ" синдроми, шишга утиши
3	Тўрғун шиш, гипо - ёки гиперпигментация, липодерматосклероз, экзема
3	Веноз трофик яра (очик еки битган)

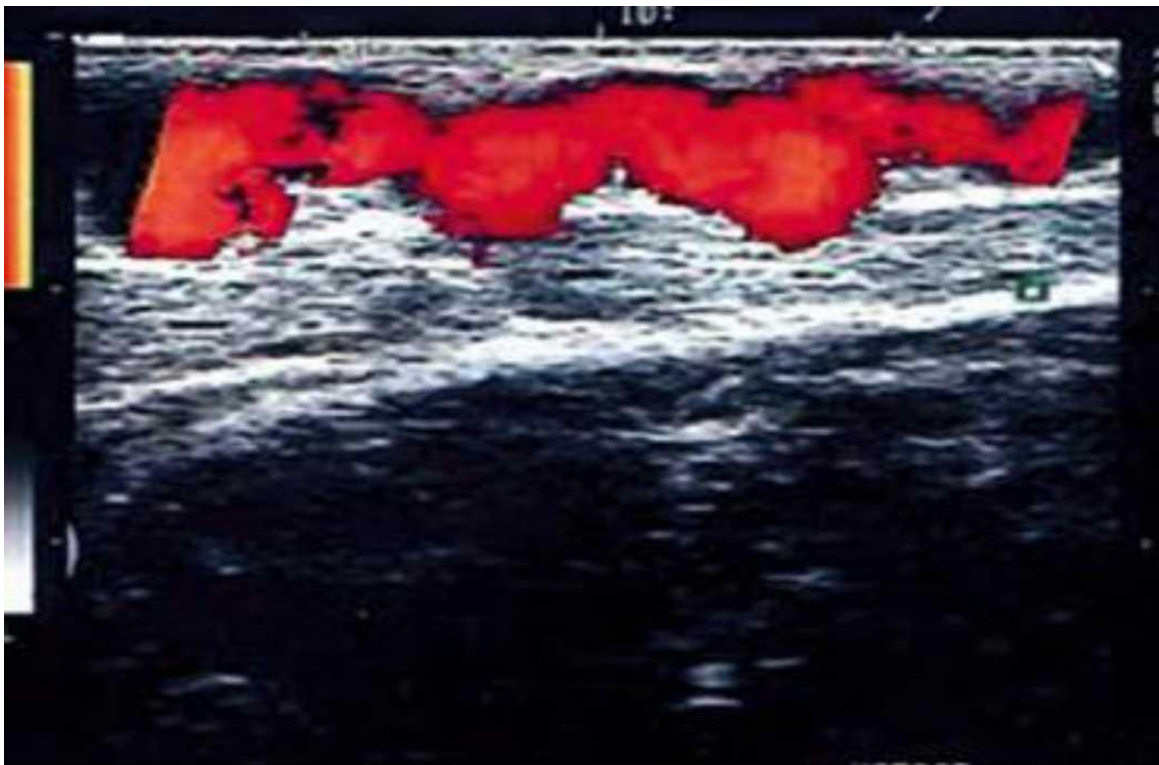
СВЕ боскичларига мисоллар



Варикоз касаллиги III даража, Диффуз тури



Варикоз касаллиги III даража, Магистрал тури.



Ультратовуш доплерографияда тизза ости чуқурчасининг кичик тери ости томирида варикоз ўзгариши



Варикоз касаллигида катта тери ости венасининг шикастланиши



Ретикуляр варикоз



Телеангиоэктазия

Касалларни текширишнинг асосий мақсади, оёқларда веноз система патологиясини тасдиқлаш, улар қуйдаги компонентлардан ташкил топган:

1. Чуқур веноз системанинг ҳолатини баҳолаш (ўтказувчанлик, рефлюкснинг борлиги)
2. Тери ости ва перфорант веналарда рефлюксни аниқлаш.

Бу уз навбатида қуйидагиларга рухсат беради:

- Чуқур ва тери ости веналарида патологик ўзгаришлар характерини дифференциялаш (варикоз еки посттромботик касаллик, артериовеноз окма, тугма аномалиялар);
- Варикоз касаллиқнинг клинико-анатомик формасини дифференциялаш
- ВК пациентларига ишланган алгоритм кузатувлар қуйидагиларни ташкил қилади:
- Клиник текширув (касаллиқнинг кечиш динамикасини аниқлаш-анамнези, физикал текширувлар клиник пробалар билан).

Туғри ташхис қуйишда ва туғри диагностик текширувларни танлашда бемор шикоятлари ва анамнезини тўлиқ билиш катта аҳамиятга эга. Физик зўриқишларни, турган ва ўтирган ҳолатнинг давомийлигини, спортда активлигини, йўлдош касаллиглари борлигини ҳисобга олиш керак. Оилавий анамнезда тромбофлебит, трофик яра ва ВК ҳақида тўлиқ маълумот бўлиши керак. Клиник курик махсус жихозда ва етарли еруғда ўтказилади. Иккала оёқни ҳар томонлама текшириш зарур, ҳамда қорин ва чов сохаларини ҳам кўриш керак. Катта ва кичик тери ости веналарига, терининг шишларига ва трофик бузилишига аҳамият бериш лозим. Пальпацияда тромбофлебит ўтказганлик белгиларини фасциядаги дефектларни кўриш мумкин. ПеркуSSION синамаларда магистрал веналардаги клапан етишмовчиликни

диагностика килиш мумкин.Товондаги артериялар пульсациясини ҳар доим аниқлаш керак, функционал синамалар (Троянов-Тренделенбург, Дельбе-Пертес, Пратт, Гаккенбух ва б.) 25% керакли маълумотлар ва 70% холларда ёлгон натижалар беради.



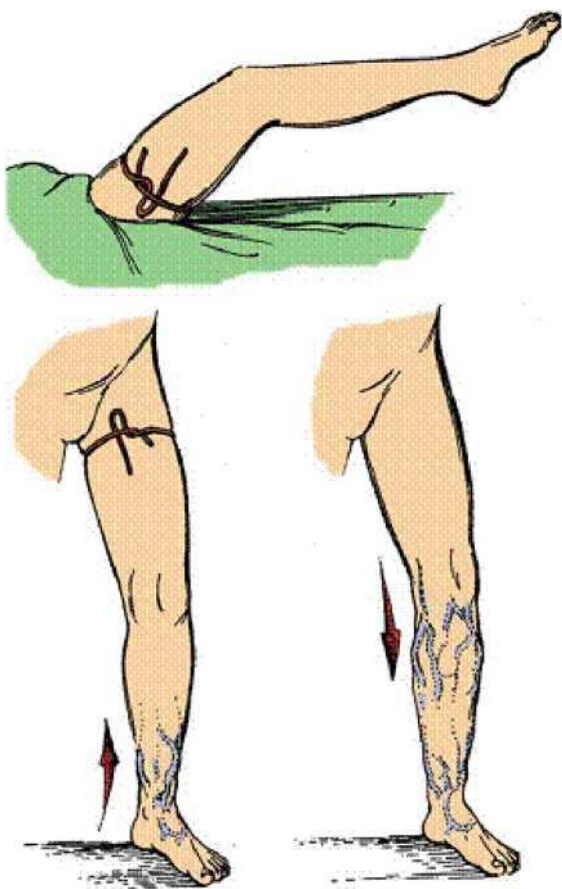
Троянов-Тренделенбург синамаси



Троянов - Тренделенбург синамаси - иккинчи ҳолат



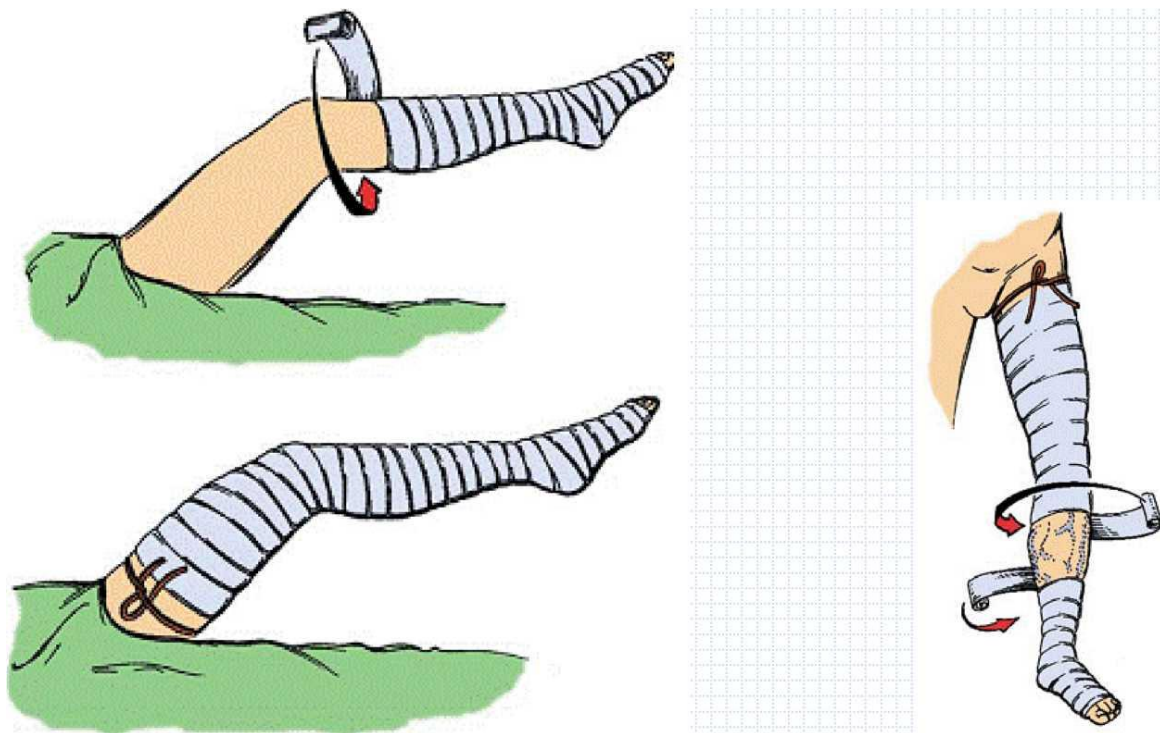
Троянов-Тренделенбург синамасы- III ҳолат



Броди-Троянов-Тренделенбург синамасы этапларининг схематик куруниши: а) оёқларнинг варикоз кенгайган веналари чиқиши;

б) вертикал ҳолатга кайтаргандан кейин веналар контурланмайди (варикоз сабаблари- катта тери ости венаси клапан аппаратининг патологияси);

в) вертикал ҳолатга кайтаргандан кейин веналар контурланади (варикоз сабаблари- катта тери ости венаси ва коммуникант клапан аппаратининг патологияси- синама натижаси иккиламчи мусбат);

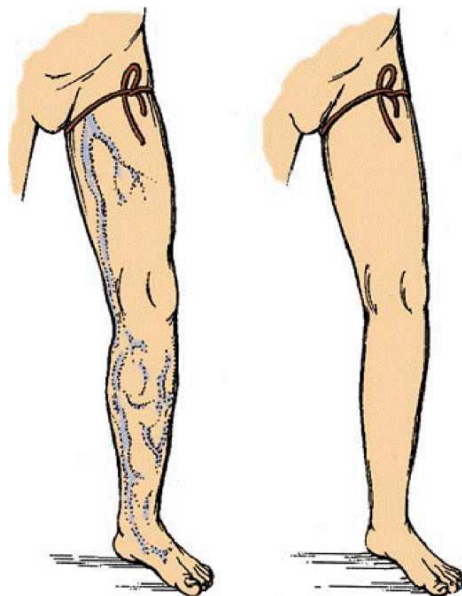


Пратт синамаси

Юзаки вена клапанлари етишмовчилигини аниқлаш учун Броди - Троянов-Тренделенбург синамаси кулланилади. Бу синамани бажариш учун беморни ётган ҳолатида текширилатган оёғини кутариш лозим, юзаки варикоз кенгайган томирларнинг бўшабини таъминлаш учун. Шундан кейин, катта тери ости венасини сон соҳасидан ўтган юзасини бармоқ билан қисамиз ва соннинг юқори учинчи қисмига юмшоқ резинали жгут боғлаймиз. Сўнг бемор оёққа туради. Тери ости веналари аввалига тушиб туради, лекин кейинчалик, 30 сек давомида перифериядан келаётган қон билан тулади. Агар бемор оёққа туриши билан бирданига тери ости венасининг сондаги қисилган жойини йуқотсак, сон ва болдир варикоз кенгайган веналари бир неча сония давомида теппадан кайтиб келаётган қон билан тўлар эди. Агар клапан аппарат сақланган бўлса бу ҳолат бўлмайди. Беморда ўтказилган проба натижалари: оёқ кўтарилгандан кейин катта тери ости венаси бўшаб, жгут қўйилиб ва бемор вертикал ҳолатга келгандан сўнг катта тери ости венаси жгут ечилмасдан 5 сонияда тўлади (катта тери ости венасини қўйилиш жойини очишдан олдин), бу коммуникант веналар патологияси сабабли катта тери ости венасининг тўлиши бўлган. Жгут ечилгандан кейин тери ости веналари деворларининг босими ошди, бу катта тери ости венаси клапан апаратининг патологиясидан далолат беради.

Пратт синамаси. Беморнинг ётган ҳолатида ва соннинг варикоз кенгайган веналари бўшашгандан кейин юқори учлигидаги тери ости катта веналарини проксимал қисмини босувчи резинали жгут боғланади. Шундан сўнг уша оёқ бармоқларидан бошлаб жугутгача эластик бинт боғланади

кейин беморни вертикал ҳолатга ўтказилади. Эластик бинтни юқоридан бошлаб биттадан иплари ечилади. Бунда жгут ва бинт ораси 5-10 см оралигида булиб, шу ораликка юқоридан пастка қараб иккинчи эластик бинт боғланади. Иккала бинт орасида варикоз веналарининг таранг сегменти ҳосил бўлиши, юзаки веналар перфорант вена етишмовчилигидан дарак беради. Курация қилинган беморда бу проба ўтказилганда, чап сони пастки учлигида ва юқори болдир учлигида кучсиз коммуникант веналар аниқланди. Шу вақтнинг ўзида болдирнинг ўрта ва пастки учлигида коммуникант веналар локализациясини аниқлашни имкони бўлмайди, чунки кўринарли даражада шиш ҳисобига дерматосклероз ва гиперпигментация кўплаб коммуникант веналар етишмовчилигини аниқлашга тўсқинлик қилади. Шунинг учун Пратт синамасини диагностик имконияти бу ҳолатда кескин чегараланган. Бу синама индуратив циллюлит, экзема, трофик яралар, семизлиги булмаган ва бирламчи тери ости варикоз кенгайишлари бўлган беморларда ўтказилса мақсадга мувофиқ.

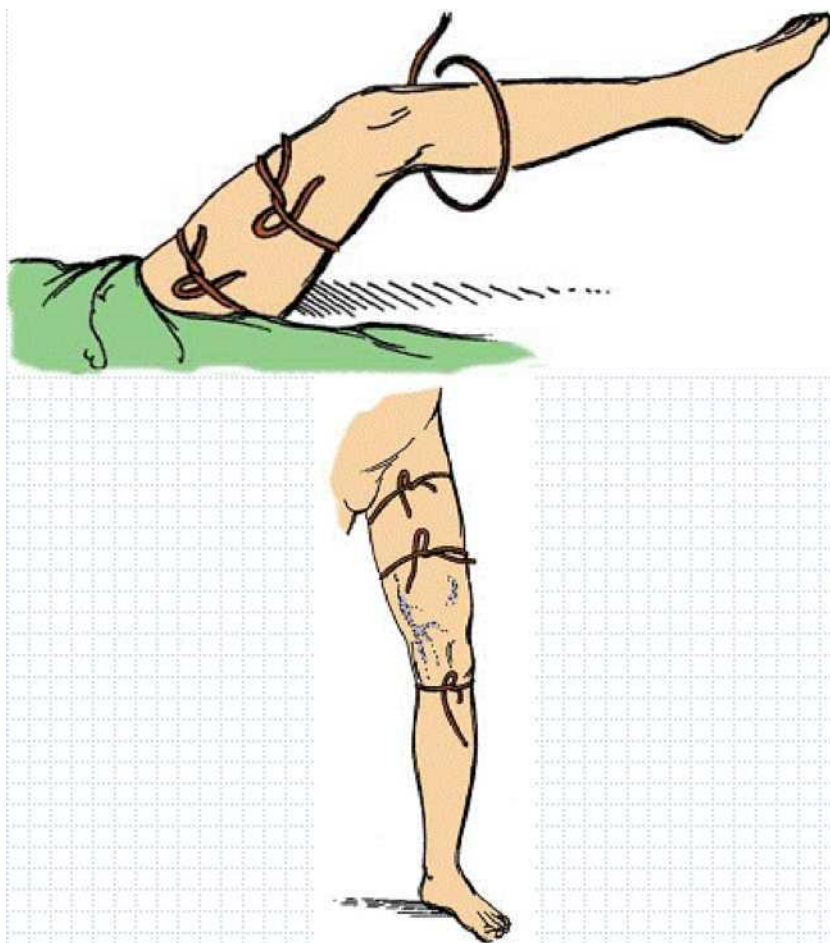


Дельбе-Пертес синамасини ўтказилиши.

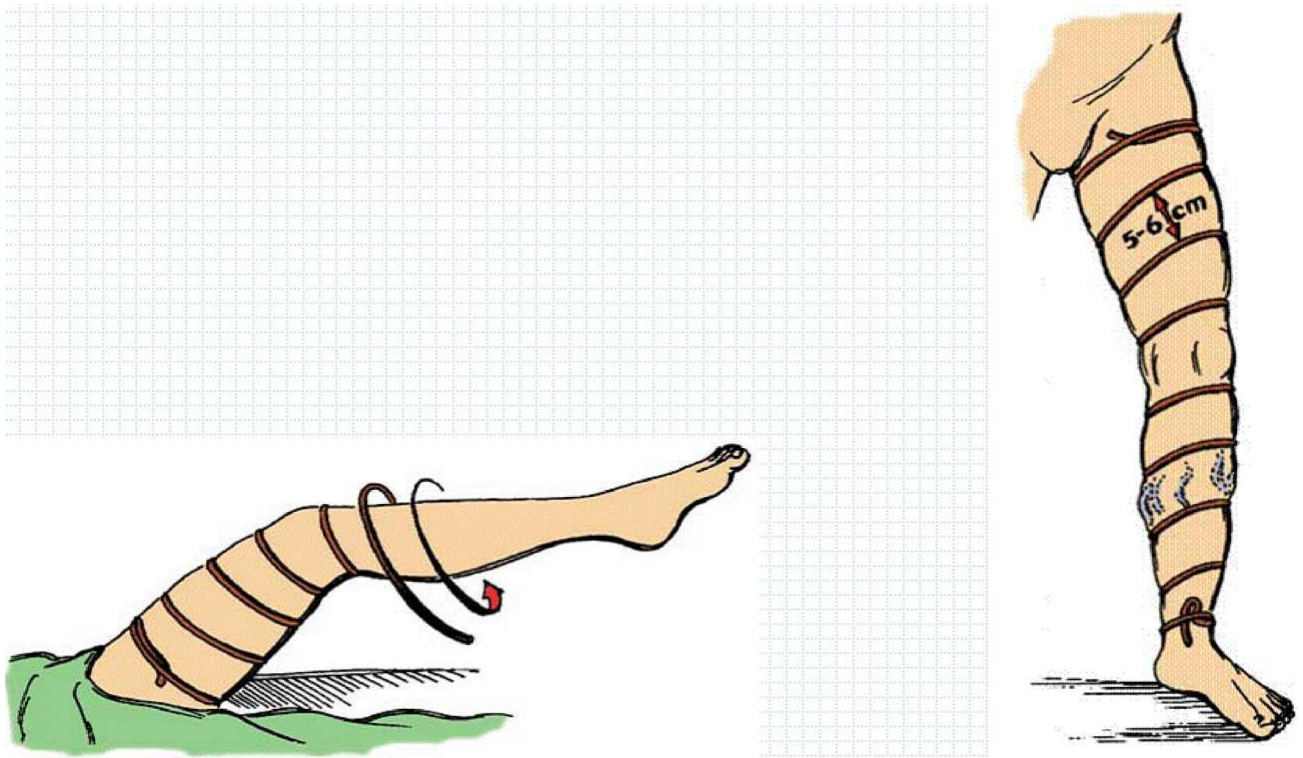
Дельбе-Пертес синамаси куйидагича ўтказилади. Беморнинг вертикал ҳолатида соннинг юқори учлигида юзаки веналар максимал тўлган ҳолатда резинали жгут боғланади. Шундан сўнг бемор 5-10 дақиқа юриши сўралади. Чуқур веналарнинг ўтказувчанлиги яхши бўлса ва клапан аппарати яхши ишласа ҳамда коммуникант веналар ишчан бўлса юзаки веналар 1 дақиқа давомида бўшашади. Юзаки веналар тез бўшашини чуқур веналарнинг ўтказувчанлиги яхшилигидан, клапан аппарати яхши ишлашидан ва коммуникант веналар ишчанлигидан далолат беради. Агарда юзаки веналар 5-10 дақиқа юргандан сўнг ҳам бушашмаган бўлса, аксинча вена деворларидаги тугунлар таранглиги ортади, ва беморда оғриқ кузатилади бундай ҳолат чуқур веналар ўтказувчанлиги паст ёки йўклигидан далолат беради.

Шейнис синамаси. Беморнинг ётган ҳолатда оёқларини кутаради. Тери ости

веналар бушашгандан сўнг: сонига, оёқнинг пастки овал чуқурчасига, тизза буғимидан бир оз пастга 3та жгут боғланади. Бемор оёкка тургизилади. Веналар аста секинлик билан қонга тула бошлайди. Агар варикоз тугунлари тез катталашса демак айнан уша жойда клапанлар ва комуникант веналар етишмовчилиги бор деб ҳисоблаш мумкин



Шейнис синамасининг этаплари

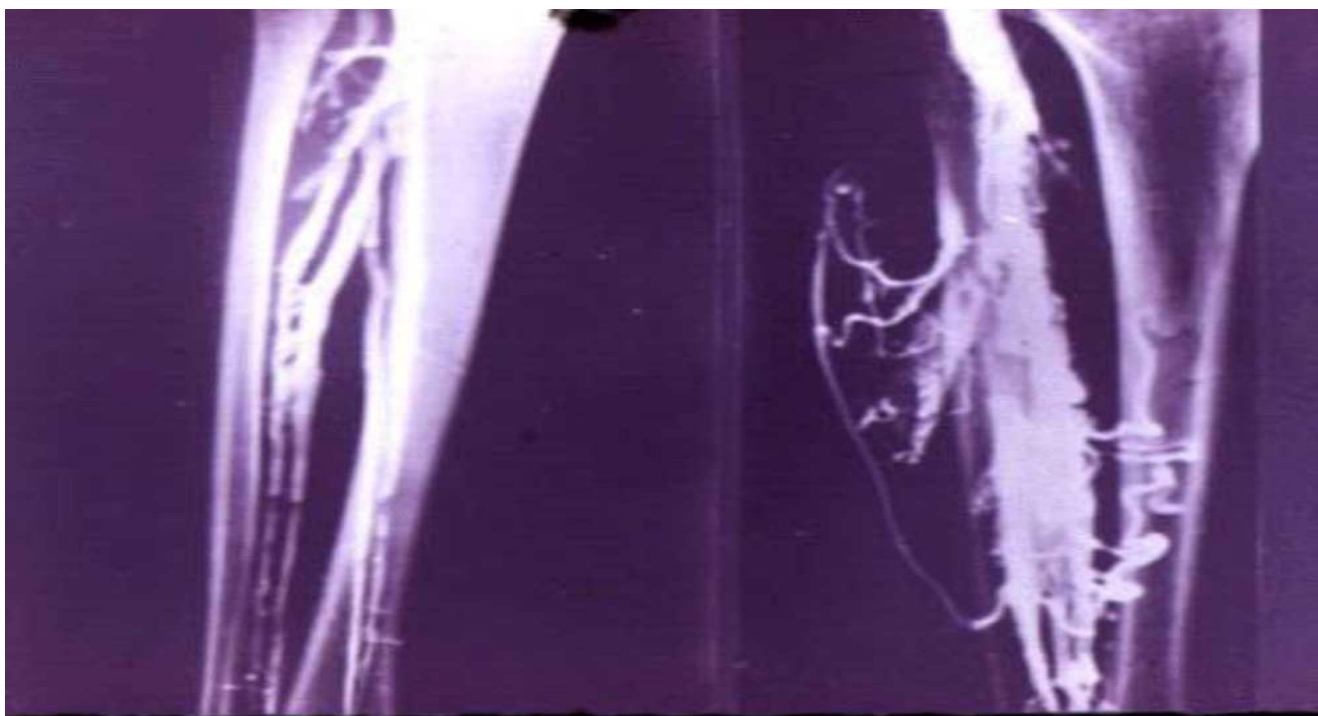


Тальман синамасининг этаплари

- Тальман синамаси. Бу синамани бажариш учун 2-3 м ли резинали жгут ишлатилади. Жугутни юзаки веналар бушашгандан сўнг беморни оёғига боғланади. Шундан сўнг беморни турғизиб жгутни қаттиқроқ қисилади. Доплер сигнали олинган томирни бошқаларидан ажратишнинг иложи йўқлигини ҳисобга олиб, бу синама ёрдамида юзаки ва чуқур веналар ўтказувчанлигини, чуқур ва перфорант веналарни рефлюксини аниқлашни иложиси йўқ. Ультразвукли доплерография, перфорант веналар клапанларининг етишмовчилиги билан боғлиқ бўлмаган ВКнинг бошлангич босқичларида телеангиоэктазияларни, ретикуляр варикозларни аниқлашда қўлланилади. Рангли дуплексли сканирлаш – ноинвазив диагностикада етакчи метод қилмоқ. Бу усул ёрдамида юзаки веналар анатомиясини, ўтказувчанлигини, ва клапан аппаратининг ҳолатини аниқлаш, чуқур веналар клапан аппаратининг ҳолатини, тери ости перфорант веналар клапанларининг функцияси ҳолатини, ангиодисплазиянинг артериовеноз формасидан веноз формасини саралашда фойдаланилади. Сурункали вена етишмовчилигини оғир формалари клиник кўринишини, варикоз веналарининг ҳар хил клиник-анатомик формаларига ўхшаш эканлигини инобатга олиб, рангли дуплексли сканерлашни ўтказиш барча СВЕ да муҳим ҳисобланади. Бу усул даволаш натижаларини баҳолашда, ҳамда касалликни қайталанишини аниқлашда бирламчи аҳамиятга эгадир.
- Радионуклидли лимфография, лимфосцинтиграфия – ҳамроҳ лимфа-веноз етишмовчилиги бор бўлган беморлар учун ишлатилади. Бундай

комплекс текширув ўтказиш барча СВЕ бор бўлган беморларда адекват жаррохлик тактикасини танлашда қўл келади, бу усул факатгина оёқларнинг чуқур веналарида реконструктив операция усулини танлашда ёрдам бера олмайди.

- Рентгеноконтраст методикаси: флебо -ва лимфография.
- Юқорида кўрсатилган изланиш усулларининг юқори самандорлиги, ҳозирги кунда беморларда чуқур веналар клапанлари етишмовчилиги анатомик курилиши ҳақида тўлалигича маълумот олиш учун, юзаки веналарда деярли операция ўтказган беморларда(веналар коррекцияси операцияси) мусбат клиник эффектга эга бўлганда ёки бирламчи ҳамда иккиламчи лимфедемаларда, ангиодисплазияларнинг веноз формасида яни оёқлар лимфатик коллекторларида ёки чуқур магистрал веналар клапанларининг тўлиқ агенезиясига олиб келувчи, чуқур веналар реконструктив операцияси ўтказилиши лозим бўлганда қўлланилади.



Болдир флебограммаси нормада ва варикоз касаллигида



Тизза ости венаси флебограмаси нормада ва варикоз касалликда

Чуқур веналар ўтказувчанлигининг бузулганлигини ҳамда клапанларининг ишчанлиги сақланганлиги ёки бузулганлиги хақида маълумотга эга бўлиш муҳим саналади. Флебографик изланишлар беморнинг вертикал ҳолатида зуриқиш билан (Вальсальва – синамаси нафас олингандаги таранглашиш) веналар клапанлари тавакалари қоннинг ретроград оқишига қаршилик қилгандагина улар тўлиқ функция бажара олади деб ҳисобланишини курсатади. Шу мақсадда нафакат кутарилувчи ва ретроград флорография ишлатилади. Комбинацияланган изланишлар кул ва оёқлар бутун вена тизимини ҳолатини урганишга ёрдам беради.

Варикоз синдроми критерияларининг дифференциаль - диагностикаси

Симптомлар	Варикоз касаллиги	Посттромбофлебитик касаллик	Тўғма веноз дисплазиялари
Касалликни бошланиши	Ёш 20 - 40	Кўпинча 40-60 ва ундан юқори	Болаликдан
Веналар варикоз кенгайиши	Кўпинча катта тери ости веналар бассейнида	Касаллик бошлангандан сўнг катта тери ости веналар бассейнида бир неча ойдан сўнг юзага чиқади	Болдир ва соннинг медиал юзасида юзага чиқади.
Қориннинг олдинги девори ва қов устиги қисмидаги варикозлар	Учрамайди	Кўп ҳолатларда	Кўп ҳолларда

Шиш	Касаллик бошлангач 10-12 йилдан сўнг юзага чиқади ҳамда оёқлар дистал юзасида жойлашади	Касаллик биринчи бўлиб сон ва болдирда юзага келади ҳамда дам олгач ҳам юқолмайди	Болаликдан бўлиши мумкин кўпроқ дистал қисмларида жойлашади
Болдир мушакларида оғрик, шиш ва оғирлик сезиш	Касаллик бошлангач 3-5 йилдан сўнг статик позицияда кучаяди ва юрганда камайди ёки юқолади	Касаллик бошлангач юзага чиқиб юрганда кучаяди	Улғайиш ва ўсмирлик даврида кўп учрайди
Трофик бузилишлар	Варикоз ҳосил бўлгач 5-8 йилдан сўнг юзага чиқади, аста секин кучаяди, болдирнинг пастки ўчдан бир қисмининг медиал юзасида жойлашади	Касаллик бошлангач 3 йилдан сўнг варикоз веналари юзага чиқади, тез кучаяди, кўпинча циркуляр характерга эга.	Кам учрайди, 30 ёшдан сўнг юзага чиқади, кўпинча медиал жойлашади.
Тўғма пигментли доғ	Учрамайди	Учрамайди	90% ҳолатларда учрайди
Оёқларнинг Анатомио морфологик ўзгариши	йук	йук	йук

Даволаш

Варикоз касаллигини даволаш самарали бўлиши учун қуйидаги кетма-кетликда даволаш ўтказилиши керак:

- 1) Варикоз синдроми бартараф қилиш;
- 2) СВЕ бенгиларини юқотиш;
- 3) Касалликни кучайиши ва қайталанишини олдини олиш.

Варикоз синдромини фақат жаррохлик йули билан даволаш мумкин, шу билан биргаликда СВЕ ҳосил бўлиши йўқотиш ёки минимизациясида даволашнинг функционал натижаси ҳам катта рол уйнайди. Яхши натижага эришиш учун Консерватив ва жаррохлик даволаш усуллари биргаликда олиб бориш лозим.

Даволаш тактикасини аниқлашда етакчи уринда беморни бирламчи қуриги, диққат билан анамнез туплаш, ҳамроҳ соматик патологияларни аниқлаш(шу жумладан оёқлар артериялари атеросклерози) ва физикал текширувлар яни периферик артерияларда артериал пулсни аниқлаш туради. Бирламчи қўрикни диққат билан ўтказиш айрим беморларда фаол даволаш тактикасини бирданига ўтказиб бўлмаслигини, бир мунча вақтдан

сўнг эса жаррохлик йули билан даволаш ёки флебосклеротик даволашга ўтказиш кераклигини курсатиб беради.

Шундай категорияга кирувчи беморлар:

- Катта ёш (75 ёш);
- 75 ёшгача бўлган оғир ҳамроҳ касаллиги бўлган кишилар.
- Хар қандай ёшда соматик касаллиги бўлган беморларда жаррохлик амалиётини ўтказиш режали амалга оширилади.
- Хар қандай ёшда шу ва шунга ўхшаш сабаблар беморни жаррохлик операциясидан кайтариши мумкин.

Артерияларининг атеросклеротик касаллиги бор бўлган беморлар алоҳида гуруҳни ташкил қилади. Бундай беморларда компрессион даволашни ўтказиш имқони борлигини билишимиз учун доплерография ёрдамида қафт – елка индексини аниқлаш лозим. Индекс белгиси 0,8дан кичик бўлса даволаш имқони йук. Консерватив даволашни ўтказиш учун артериялардаги етишмовчиликни ва касалликнинг кучайиш характериға эға эканлигини инобатға олиш лозим.

Қолган беморларда даволаш тактикасини танлаш, инструментал текшириш усулларида олинган натижаларға ва СВЕни даражасига ҳамда веноз тизимини шикастланиш картинасига қараб олиб борилади. Даволашнинг биринчи этапи жаррохлик амалиёти ёки флебосклерооблитерация хисобланади. Функционал бузулишлари бўлган беморларда биринчи этапға қушиб фаол Консерватив даволаш амалиёти биргаликда ўтказилади(компрессион ёки фармакологик) Агар касаллик оғир трофик ўзгаришлар билан ёки кўринарли даражада шиш синдроми билан кечаётган бўлса СВЕи ҳолатларида Консерватив даволаш бирламчи ўринға ўтказилади ундан сўнг эса жаррохлик амалиётини бажариш мумкин. Даволашнинг учунчи этапида варикоз касаллиги бўлган беморлар, касалликни кучаймаслиги ва кайталамаслигини олдини олиш чора тадбирлари кўзда тутилади. Шунинг учун беморларни диспансер назоратига олиш ва уларға доимий равишта флеботроп препаратлар тавсия қилиш; бунда беморлар ўзларининг тана вазнини назорат қилиш ва белгиланган меҳнат режими ҳамда дам олишға қаттиқ этиборли булишлари лозим.

1) Консерватив даволаш

Консерватив даволашнинг асосий мақсадларидан бири СВЕ симптомларини бартараф этиш, вена касаллигини қайталанишини олдини олиш, меҳнат фаолиятини сақлаш ва беморларнинг яшаш сифатини оширишға қаратилган.

Варикоз касаллигида СВЕ ни патогенези хакида замонавий тасаввурларни хисобға олиб, бу синдромни даволашда асосий куч қуйидаги факторларни бартараф этишға қаратилиши лозим:

- 1) Вена оқимини хажмини ошириш;
- 2) веноз оқимининг хар хил бўлимидаги патологик рефлюкслар;
- 3) яллигланишнинг лейкоцитар агрессияси;
- 4) микроциркулятор бузулиш;
- 5) лимфатик дренажни бузулиши.

а) Компрессион даволаш. Компрессион воситаларнинг даволовчи ва профилактик эффекти қуйидаги 4 та асосий механизмга бўлинади.

Веноз чигалининг мускуллараро компрессияси ва перфорант веналар оёқлардаги патологик веноз «сиғими»ни сезиларли даражада камайишига олиб келади шунинг ҳисобига болдирда мускул – веноз тикини сезиларли даражада оширади.

- Туқима босимини ошиши(шиш зонасидаги босим ҳам) вена капиллярлардаги хужайрадан ташқари суюқликнинг резорбсияни ошишига ва артерияларда унинг филтрацияси камайишига олиб келади. Компрессиянинг юқорида кўрсатилган механизми босим 30 мм симоб. уст дан ошганда кузатилади.

- Туқима плазминоген активатори интенсив ишлаб чиқарилиши қоннинг фибринолитик фаоллигини оширади. Бу мускуллар қисқаришининг чегараланганлиги билан боғлиқ.

Компрессион даволашга қарши курсатмалар:

Оёқлар артерияларининг сурункали облитерация касаллигида, қачонки регионал систолик босим a.tibialis posterior 80 мм сим. уст дан паст бўлса.

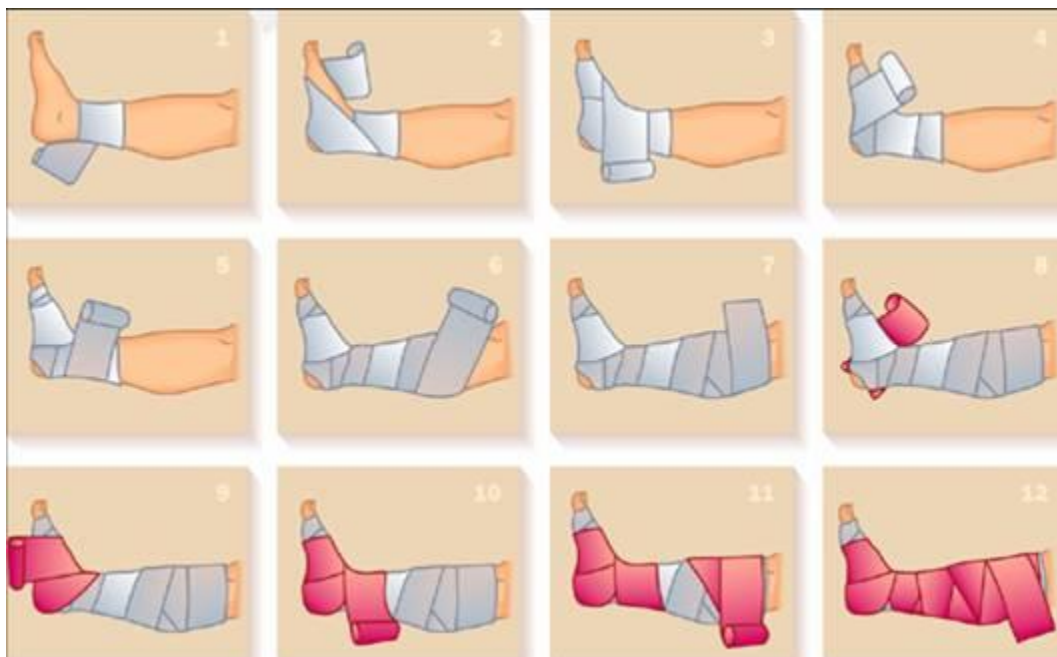
- Диабетик полинейропатия ва ангиопатияларнинг оғир формаларида.
- Декомпенсацион юрак упка етишмовчилиги
- Этиологияси вена булмаган трофик яралар
- Юмшок туқималар ўткир инфекцияси
- Септик флебит.

Оёқ юзасидаги компрессион бандаж босими Лаплас қонуни билан аникланади: бу боғланадиган материалнинг тортилиши ва радиусига боғлиқ. $D=S/R$, бу шуни англатадики: оёқлар шакли идеал цилиндр шаклда бўлганда эди барча юзалар буйича босим тенг таксимланган булар эди. Оёқнинг кичик радиусли сегментларида масалан, оёқ кафти, катта болдир суяги ва оёқ четларида босим каттарок, оёқнинг олдинги юзасида ва оёқ кафти гумбазида босим пастрок бўлади. Эластик компрессиянинг оптимал режимини таъминлаш учун оёқларни цилиндрик моделлаш керак бунинг учун махсус пролонги ёки латексли ёстикчалардан фойдаланилади. Бу усул оёқларнинг катта радиусли қисмларида адекват босим ҳосил қилиниши ва кичик радиусли зоналарда тери некрозларини ҳамда гипертензион ётоқ яраларни олдини олишда ишлатилади

Тинч ҳолатдаги босим – оёқнинг бушашган мускулларига компрессион пайпоқ ёки боғлам қисишидан ҳосил бўладиган кучга айтилади.

Ишчи босим – мускуллар қисқарганда боғламнинг қисишидан ҳосил бўлган кучга айтилади.

Бинтлар компрессион боғлам қуйганда терапевтик эффектга эришиш учун энг мақул вариант қилмоқ, яъни тинч турган ҳолатдаги паст босимни кўтариб беради. Бундай бинтларга калта ва ўртача кенгликдаги бинтлар киради



Компрессион бинтлар.

Бинтлардан компрессион бандаж боғлаш коидаси:

1) боғлам оёқнинг ташқи букувчи юзасига боғланади. Бу бурмалар ҳосил бўлишини олдини олади(бурмалар ҳаракатланганда оёқ терисини шикастлаши мумкин)

2) боғлам оёқ бармоқларининг проксимал буғимигача етиши лозим ва товон қисмини ҳам камраб олиши керак.

3) бинт босими товондан проксимал йуналган ҳолатда тулқинсимон камайиши керак;

4) бандаж боғланаётганда бинт рулони ташқарига қараб айланиши керак, шунда у тери қопламига бевосита яқин жойлашади.

5) Оёқларнинг текис қисмини цилиндрик моделлаш керак бунинг учун махсус пролонли ёки латексли ёстикчалардан фойдаланилади. Оёқнинг кичик радиусли сегментларида масалан, оёқ кафти, катта болдир суяги ва оёқ четларига пролонли ёки латексли ёстикчалар, оёқнинг олдинги юзасида ва оёқ кафти гумбазига пролонли ёки латексли тагликлар қўйилади.

6) қуйилаётган компрессион бинтлар оёқ шаклига мос келиши керак.

Тугри қуйилган компрессион боғламларда тинч турган ҳолатда оёқ учлари озрок кукаради, юрганда эса узининг асл рангига кайтади. Компрессион боғламлар ҳар куни алмаштириладиган ёки узоқ муддатга (2 ойгача) қуйилади. Боғлам эрта тонгда уйгонгач боғланади ва кечкуран уйкудан олдин ечилади.

Энг оддий ва самарали компрессион боғламлар қўйиш усули Fisher-Schneider дир. Компрессион боғлам учун эни 8-10 см бўлган 2 та бинт ишлатилади. Бинтлашни 8 см.лик бинтдан бошланади. Бинтлашни биринчи булиб оёқ бармоқлари асосидан бошланади бунда оёқ кафти 90 ° бўлиши керак. Бинт бунда товонни ва болдирнинг пастки учдан бир қисмини ахиллов пайигача бўлган қисмини ўрайди. Иккинчи бинтни (10 см.лик) кичик болдир суягининг бошчасигача боғлаш лозим. Беморга боғлашни

ўргатаётганда оёқнинг товон қисмини «гамачка» кўринишида боғлаш кераклигини такидлаш жоиз. Fisher-Schneider нинг икки каватли боғламидан фойдаланиш учун 2 та 10 сантиметрли бинт керак бўлади. Биринчи бинт оёқ бармоклари учидан тизза ости чуқурчасигача, иккинчиси биринчисини устидан карама қарши йўналишда боғланади

Компрессион трикотаж. Даволовчи компрессион трикотаж бошқа традицион бинтлашга қараганда кўплаб қулайликларга эга

Босимнинг физиологик тақсимланиши врач ёки беморнинг куникмаларига боғлиқ эмас, балки программалашган машина ёрдамида бошқарилади.

Врач қатнашишини талаб қилмайди

- Оёқларни цилиндрик моделлаштириш шарт эмас, оёқларнинг анатомик хусусиятлари компрессион трикотажада ўз аксини топган.
- Оёқлар териси учун сув ва ҳарорат баланси учун қулай шароит яратади.
- Компрессион классдан ҳоҳлаган қулай босимни танлаш имконияти бор.

Профилактик қулайликлари: босимнинг физиологик тарқалишини тақсимлайди(товонда 18мм сим.ут дан катта булмаган босим) бундай кучланиш даволаш эффекти учун етарли эмас, шунинг учун бу усул варикоз касаллига мойил бўлган одамларда шу касалликни олдини олиш учун қўлланилади. Профилактик пайпоқларни такиш хомиладорликнинг биринчи уч ойлигида тавсия этилади, камҳаракат ҳаёт тарзига эга бўлган кишиларга, утириб ёки туриб ишлайдиган кишиларга; тана вазни кескин ўзгарганда, гармонал контрацептик воситалар ҳамда варикоз касаллигини келтириб чиқарувчи факторларда қўлланилади. Улчов бирлиги (Денье). Ўлчами одам буйи ва вазнига ҳамда оёқлар катталигига қараб танланади.

Даволашда : босимнинг физиологик тарқалишини тақсимлайди(товонда 18-49мм сим.ут гача)бунда босим компрессия синфлари бўйича қуйидагича тақсимланади: 100% – товонда, 70% – болдирнинг юқориги учдан бир қисмида, 40% – соннинг юқори учдан бир қисмида. Размерлар индивидуал танланади.

Терапевтик эффекти даволловчи компрессион трикотажни тугри танлашга боғлиқ, унинг размерига ва компрессия даражасига ҳам. Даволовчи компрессияни қўллаш кўрсатмалари қуйида жадвалда кўрсатилган. Размерлар оёқларнинг индивидуал анатомик хоссаларига қараб танланади. Бунда даволловчи трикотаж шикастланган венадан 5-10 см юқорида жойлашган бўлиши керак. Агарда беморда шиш ҳосил бўлишига мойиллик бўлса бундай ҳолатларда размер эрта тонгда бемор урнидан турмаган ҳолатда олинади.

1 класс компрессии 18-21 мм рт. ст.	«Оғир оёқ синдроми» шишларга мойиллик. Варикоз касаллигини хомиладорларда олдини олиш Ретикуляр (тўрсимон) варикоз, телеангиоэктазиялар. Функционал флебопатиялар. Чуқур веналар тромбозини олдини олиш
---	--

2 класс компрессии 23-32 мм рт. ст	Варикоз касаллиги, шу билан биргаликда хомиладорларда ҳам. Варикотромбофлебит. Оёқлар веналарида компрессион терапия флебосклерозлаш, жаррохлик амалиётини ўтказиш. Чуқур веналар тромбозини олдини олиш (мойил кишиларда)
3 класс компрессии 34-46 мм рт. ст.	Шиш ва трофик бузулишли варикоз касаллиги. Чуқур веналар тромбоз. Посттромбофлебитик касалиги. Лимфовеноз етишмовчилиги.
4 класс компрессии > 49 мм рт. ст.	Лимфедема. Туғма флебодисплазия.

Интермиттирловчи компрессион терапия. Компрессион терапияда узгарувчан махсус мосланишларни тузиш учун маълум бир босим ва режимда, ҳаволи (пневматик компрессия), ёки симобли (симобли компрессия) бир – ёки кўп секционли камералардан масалан гольф ёки пайпоклардан фойдаланилади.

Пневматик компрессия – Сурункали веноз ва лимфавеноз етишмовчиликларини даволашда кенг тарқалган усуллардан биридир. Бир камерали компрессион манжетдан фойдаланилганда пайпоқ ёки гольфини бутун юзаси буйлаб бир хилда босимни тақсимлайди. Бу усулни 2 хил вариантда қўллаш мумкин – қисқа цикл(камераларнинг кенгайиши 30 секунддан кам) ва узун цикл(камераларнинг кенгайиши 30 сек дан кўп)

Куринарли, тенг тақсимланмаган шишларда оёқларнинг шакли юколади, бу ҳолатларда кўп камерали пневматик компрессиялардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Кўпсекционли курилма камераларида ҳар хил даражадаги босим ҳосил бўлади. Навбат билан уларнинг кенгайиши ҳисобига «югурувчи тўлқинлар» эффеки ҳосил бўлади. Бунда камералар 30-60 сек.да кетма – кет кенгайиши ва торайиши кузатилади.

Симобли компрессион терапия (симобли прессотерапия, симобли “ванна”) биринчи бўлиб 1974 йилда француз флебологлари томонидан таклиф қилинган. Бу усул симобнинг юқори зичлигига асосланган, зичлиги 16кг/л га етади. Бунинг учун Оёқлар узунлигига мос бўлган бир камерали махсус пластикали чулкилар ишлатилади. Махсус компрессор симобни тебантиради ва бунда босим 600-800 мм сим.уст гача етади. Одатда компрессия 450-700 мм сим.уст орасида 3-5 мин давомида ишлатилади. Симобли компрессион терапия Оёқларда сурункали веноз ва лимфа веноз етишмовчилигининг оғир формаларини даволашда ишлатилади. Бу усул оёқлар артерияларининг облитерация касаллиги билан СВЕ ҳамда терининг трофик бузулишларида яхши эффеки беради. Бунда процедура 30 мин.дан ошмаслиги керак. Бу процедура ҳафтада 1-2 марта ўтказилади. Беморларда

3-4 марта процедура олингандан сўнг беморлар аҳволи кўринарли даражада яхшиланади.

Тактика:

Маълум вақт учун эластик бинт қўланмаси (6-ойгача):

Маълум вақт эластик компрессионнинг муддати (6-ойгача):

Варикоз касаллигини жаррохлик ва инфекцион даволаш.

Яқиндагина комбинерланган флебектомия давридан кейин 2-3 кун мобайнида чўзилиш доирасига эга эластик бинт қўланилади. Бу даврда беморларнинг ҳаракатлантириш фаолиятида мушак қон томир касалигининг оғриқ жаррохликдан кейин сезиларли даражада камаяди. Бандаж эса шунақа бинтки у юқори ва осойишталикни тامينлаб қон оқишини бир меёрда тامينлаб гемостазни яхшилайдди. Бемор фаол ҳаракатга ўткандан кейин ўша даражада сиқадиган бинт қобилятини тامينлайдиган бандажга ўтиш керак. Терига тикилган ипларни олгандан кейин ва операцияда қолган яралар муҳитга мослашгандан кейин (10-12 суткаларда) бинт урнига компрессион II- синф тиббиёт чулқисини ёки колготқисини кийиш мумкин. Операциядан кейин бир ой давомида компрессион бандаждан фойдаланиш мумкин.

Флебоектомиядан кейин яъни ВК енгил формасида эластик компрессиондан фойдаланишни давомийлиги 1.5-2 ойни ташкил қилади. Трофик бузилишларда эса трикотаждарни тўлиқ тузалгунча кийилади. Веналари тўлиқ тузалгандан сўнг қисқа ёки ўрта даражада сиқадиган пахта бинтлардан фойдаланилади. Эластик бандаждан фойдаланиш давомийлиги (кечасидан ташқари) 7-8 кунни ташкил қилади, охириг инекцияни олгандан кейин флебосклеротик даволашнинг охириг босқичларида компрессион II-синф кийиш тавсия қилинади.

Бемор эластик компрессион кийиш ёки киймаслиги кўриқдан кейин аниқланади. Фиброеластазни даволашда варикоз ва телеангиектамиятоз беморларга компрессион бинтларни кийиш 2-3 кун тавсия қилинади. Шунақа вазиятларда эластик бинтларни тиббиёт пайпоқлари ва компрессион калготкалар 2- синф тавсия қилинади. Ҳомиладорлик вақтида варикоз касаллигини олдини олиш ва уни асоратларини олдини олиш терини трофикасини яхшилаш учун курашилади. Узоқ давом этадиган компрессион даволашда аввал ВК оғир формаларида доимий оғир формаларида шишиш синдромида ва очик трофик язваларда узоқ давом этади.

Фармакотерапияга курсатмалар

1. СВЕ 1-6 даражаси.

2.Эластик компрессияга қарши кўрсатма.

3. Хавф гуруҳини профилактикасида .

Асосий препаратлар

- Флебопротекторлар
- Антикоагулянтлар (клексан (эноксапарин), далтепарин)
- Тромбоцитар дезагрегантлар (трентал (фосфодиэстераза ингибитори), тиклид (фибриноген рецепторлари блокаторлари.) плавикс (пуринергик рецепторовлар блокаторлари))
- Антигистамин моддалар
- Махаллий кортикостероидлар
- Я.К.Н.П.
- Системали энзималар

Флебопротекторлар – бу гурпуага кирувчи препаратлар вена деворига системали тасир қилиб унинг функцияси ва структурасини нормаллаштиради. Замонавий вена актив препаратлар вена девори тонусини оширади ва яна лимфатик дренажлар микроцеркуляциясини яхшилашда зарурият туғдиради.

Гамма-бензоперонлар:

Диосмин (детралекс, диовенор, флебодрил) – Веналар тонусини яхшилади лимфа қон томирларига тасир курсатиб вена туқимаси тонусини яхшилаб димланишни камайтиради капиллярлар утказувчанлигини яхшитлайди уларнинг резидентлигини яхшилади томир деворини утказувчанлигини мустахкамлаб қон томир утказувчанлиги камайтиради. Уларнинг тонусини оширади лимфа дренаж ва лимфо церкуляцияни яхшилади. Паретал қабул қилинганда яхши сўрилади. Гастропротекторлар реакцияни пасайтиради диасмин эффеқтини яхшилаш учун гиспиридин қўшиш мумкин. Дори препараталар суткада икки махал пешинда кечки овқатдан кейин икки хафта ичилгандан кейин бир вақтада бирга ичишда икки таблетка детралекс таблеткаси тавсия қилинади.

Цикло 3 форт (иглица экстракти, мята экстракти и аскорбин кислотаси) – флебатоник тасирга эга бўлиб алфа адере ергик рецепторларга тугридан тугри тасир қилади капиллярларининг ўтказувчанлиги камайтириб резистентлигини оширади суткалик дозаси 3 капсула овқатдан кейин.

Рутин ясамаси:

Анавенол (дигидроэргокрист комбинацияси, эскулин ва рутинозиднинг)- веналар утказувчанлигини оширади шишишга қарши тасир этади. Дигидроэргокристин Артериолаларни кенгайтиради силлиқ мускуллар тасирида вена тонусини бир мейорда оширади. Рутин ва эскулин капиллярларнинг муртлигини ва утказувчанлигини камайтиради.препаратлар

1 дражедан 3 марта кунига даволангандан кейин бир хафта берилади. Суюк формаси 20 25 томчидан кунига аналогик эспузан тайинланади. Аनावенол Пентоксифиол комбинирланган. Қабул қилиши мақсадга мувофиқдир.

Пикногенолар:

Эндотелон (Узум каламчаларидан олинган экстракт стандарт даражаларидан процианид олигомерлар) томир ендацелийсига тасир курсатиб вена токсик эффект беради. Энзимопатик коллаген дегидратация ва эластина блоклайди томири мўрт беморларга капилярларнинг периферик ўтказувчанлигини оширади.

Сапонинлар:

Аэсцин, эскузан - Каштан уруғидан олинган бўлиб тритерпенсапон субстрактини сақловчи умумий эспузан номи билан номланади. Капилляр протекторлар активлигини ошириб охирги фазаси антиэкзодат ва яллигланишга қарши тасир қилади. Капиллярлар ўтказувчанлигини ва туқималарда шишишни камайтиради веноз томирларнинг тонусини оширади геморегуляцияни яхшилаб уртача антикоагулянт эффект беради. Эскузан 15-20 томчидан (битта таблетка) 4 маҳал. Эскузаннинг суюк шакли оғиз орқали тез сурилиши сабабли беморларга қўлланма билан танишиш тавсия этилади. Эстидин 1 таблеткадан 4 маҳал аскоротин билан бирга яхши эффект бериши учун қўлланилади.

Алкалоид споринлар ясамаси: (вазобрал) дегидроергик актив мода алфа 1 ва алфа 2 аденоблокаторларнинг активлиги яққол намоён этади. Периферик томирларни кенгайтиради веноз тонусини оширади. Катта ва усмир ёшдаги тана вазни 50 кг беморларга бир кунда 3 маҳал 5 мг ёки 10-20 томчидан тавсия этилади. СВЕ. Оғир формаларида асосан врач назорати остида қўлланилади. Юрак ишемик касалликларида инфаркт миокардида стенокардия артериал гипертензияда жигар ва бўйрак функцияси бузилганда ва сепсисда биринчи ҳомиладорликнинг 3-ойида лактация даврида қўллаш ман этилади.

Синтетик препаратлар:

Гливенол (трибенозид) – глюкофранозид препаратлар асосан капилярлар протекторига тасир курсатиб микроцеркуляцияни яхшилайдиган яллигланишга яхши тасир курсатади, гистамин, сератонин ва бродикининларнинг онтогенези аллергияга қарши тасир курсатади. Терапевтик доза 80 мг суткасида даволаш курси 1,5 2 ойдан кам бўлмаган ҳолда пентоксифилин комплекси билан бирга қабул қилинади.

Гинкор-форт – ангиопротектив таъсир кўрсатиб веноз тонусини оширади томир ўтказувчанлигини камайтиради юракда веноз қайтишни камайтиради. Гистамин, сератонин ва брадикининга қарши тасир курсатади. 1 капсула кунига 2 маҳал овқатдан кейин тўсия қилинади СВЕ. Оғир формаларида 2 хафта 2 капсуладан тавсия қилинади. Препарат гипертериоз ва ингибитор билан қўлланилмайди гентаминлар гентаминол доппинг-контрол тестига ижобий натижа беради.

СВЕ. Оғир формаларида даволашнинг 3 этапи:

Биринчи(бошлангич этап – клиник симптомларни тез намоён бўлиши учун дори препаратлар юбориш дезагрегант терапия тавсия қилинади (реополиглюкин, пентоксифиллин), антибиотиклар, антиоксидантлар (аевит, токоферол), яллигланишга қарши нестероид (диклофенак, кетопрофен). Даволаш курс 7-10 кун.

Иккинчи этапда даволаш эффекти намоён бўлган бўлиши керак. Касал дезагрегант ва антеоксидант давом этиб боради ва қушимча флебопротекторлар (аскорутин, доксиум, дицинон ва бошқалар тайинланади). Бу этап уртача 2 ҳафта давом этади бази ҳолларда 1 ойгача давом этади. Бу этапда поливалентли флеботониклар тавсия қилинади дори қабул қилишни давом этади ва 3 этапда даволаш узлуксиз 2- 2,5 ойгача давом этади

с) *Физиотерапия ва жисмоний даволаш.* физиотерапиянинг асосий вазифаси тўқималарда моддалар алмашинувини яхшилаш ферментатив ва трофик процессларни активлаш веноз қон оқишни фаоллаштириш лимфа айланишини организмда яхшилаш. Магнитотерапия (қон айланишини яхшилаш) Радонли ванналар (организмда адаптацияни кучатириш) УФО лазер нури билан даволаш квантли аутогемотерапия (қон реинфузияси).

Енгил давловчи машқлар утирган ва турган ҳолда статистик зуриқишларни машқ қилиш 1 суткада 2- 3 километр юриш компресс трикотажлар кийган ҳолда.

д) Мехнат фаолияти таътил ва овқатланишнинг аҳамияти

СВЕ ни ҳар куни даволаб бориш сезиларли даражада тасир курсатади шунинг учун ҳар бир бемор уйда ёки бошқа жойда умумий фаолиятни яхшилаш веноз қон айланишга тасир курсатувчи фаолият техникасидан хабардор бўлиши керак. Меъёрдан ортик кўп югуриш зуриқиш мехнат фаолиятига боғлиқ ҳолда кўп туриш ёки утириш тавсия қилинмайди. Ишчи ходимлар статистик вертикал ҳолатда ҳар 20- 30 минут 15 марта оёқ учидан товонга туриш. Бу машқ веноз қон томирларда қон оқишини яхшилайди.

Кун давомида ҳар 2- 3 соат 10 15 минут горизонтал ҳолатда оёқларни дам олдириш керак.(тизза буғимларини ёзиш) ҳар ярим соатда туриб юриш 3- 5 минут.

- Кўп ҳолларда юқори температурада кучли иссик ҳаво юқори намлик томирлар кенгайишига олиб келади. Артериал қон оқиш ошади ва томир билан веноз қайтиш қийинлашади.

- Кўп ҳолда юриш ишда, харид қилишда лифт ёки эскалатор зинада кутарилишни афзал кўриш варикоз кенгайишга ҳам сабаб бўлади ҳар куни 2- 3 километр сайр қилиш жуда фойдали. Кечги дам олиш вақтида венада димланишнинг камайиши учун.оёқларини 15 см баланд қуйиш керак. Бу аналогик ҳолат китоб ўқиётганда газета укаётганда телевизор курётганда ҳам бажариш керак.

- Касалликнинг оёқ вена оғир травмалар шикастланишларида зуриқтурувчи машқларда(футбол. Баскетбол.волейбол кенг майдонли

теннис. Оғир юк кутарувчи машклардан четга юуриш керак) сўзиш спорти оёқ мушакларини максимал қон вена айланиш ҳажми камаяди. Сўзишни билмайдиган беморлар учун сувда юриш тасия етилади велосипедда сайр килиш ҳам веноз окишига жуда яхши ёрдам беради. Бу машклар эластик компрессия воситаларидан фойдаланган ҳолда бажарилиш тасия етилади.

- Овкатланишнинг хусусиятлари: агар оёқда шиш бўлса суюқ овкат ва суюкликлар кам истемол килиш тавсия қилинади (таркибида кам туз сакловчи ўткир зироворлар) ишлатилади овқат рационидида кам ковурилган кукумбарлар (петрушка укроп). Сабзавотлар мевалар таркибида кўп микдорда С витаминини сакловчи маҳсулотлар. Веноз лимфатик етишмовчиликда оксилга бой(кўп оксил лимфанинг томирларда яхши айланмаслигига) олиб келади.

СВЕ даволаш консерватив терапия босқичлари:

0 даража:

- Эластик компресс (профилактик ёки даволаш трикотаж 1-синф);

1- даража:

- эластик компресс (тиббий трикотаж 2- синф);
- эпизодик монофармакотерапик курси;

2- даража:

- эластик компрессия (тиббий трикотаж 2- синф);
- такрорий фармакотерапия курси;
- физиотерапия ва санатор-курорт даволаш;

3- даража:

- эластик компресс (даволаш трикотаж 2-3 синф);
- узлуксиз комбинирланган фармакотерапия;
- маҳаллий даволаш;
- физиотерапия.

Хирургик даволаш

Хирургик даволаш методларининг тарихий ривожланиши:



1884 – Маделунг чов бурмасидан то тупикнинг медиал юналиши бўйича хошияли чизик кесими орқали варикоз кенгайишни олиб ташлади

1888 г - Алексей Алексеевич Троянов биринчи марта катта тери ости венасини боғлаган.

1890 г. –Фридрих Тренделенбург аналогик жараёни ўтказди.

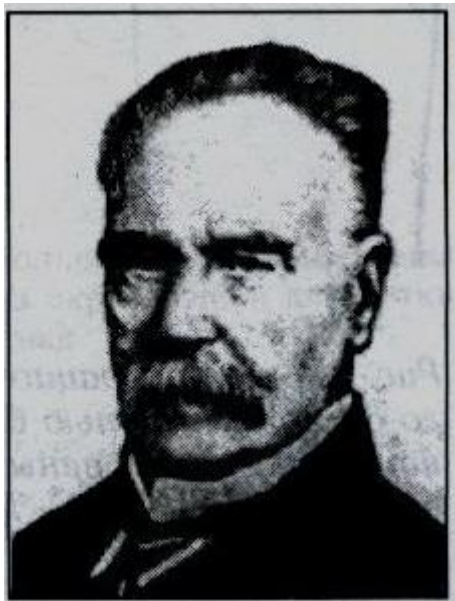
1895 – Пертес,

1912 Дитерикс – катта тери ости венасини қуйилмалари билан бирга боғлаган.

Рус жаррохи АА Троянов (1848-1916)

1872 йилда узини вазифасини умумдавлат врач вазифасила бошлайди 1882 йил тирик

организмлар танасида кенг қуйиш тасири мавзусида докторлик диссертациясини химоя қилади. 1886 йилда Петербургдаги Обховский касалхонасида жаррохлик бўлимига ишга таклиф қилишади.



Тренделенбург варикоз касаллиги бўйича синамалари ва операция усуллари ҳозирги вақтгача қўлланилади. Бу машҳур жаррох томонидан бажарилган операциялар тромбоземболитик ўпка артерияси торакал жаррохлик бўйича даволаш ривожланишига қайта асос бўлди. Ф. Тренделенбургнинг операциялари ҳозирги вақтда мувафакиятли бажариб келинмоқда

1906 – Нарат варикоз деформацияга учраган веналарни 2-3см кесмалардан олишни таклиф қилади.

1907 – Бэбкокк экстрактор зонди ёрдамида тери ости венасини радикал олиш усулини ишлаб чиқди.

1916 - Шеде ва Кохер тери орқали варикоз веналарни марлили шарикчалар билан боғлашни тавсия қилади.

1923-34 -Клапп (1924) ва Соколов (1923) варикоз веналар тугунини тери ости чизиги юли билан боғлаш тавсия қилади.

1938 – Роберт Линтон биринчи бўлиб суффасиал перфератив боғлаш хақида хабар қилади.

1956 – Додд Линтоннинг ахил пайи орқали орка томондан бир томонлама кесиш усулини тавсия қилади

1960 – Мжельский уз ишида Клапп-Соколов бўйича лигатура ёрдамида веналарни боғлаб қуйиш усулини давом этирди.

1962 – Черияков сафенопоплетал томирларга киришни давом этдирди.

1978 – Введенский клапанлар етишмовчилигини каркас спираллари коррекцияларидан фойдаланишни тавсия этди.

1994 – Эндоскопик жаррохлик усули бўйича Савелев клиникасида эндоскопик жаррохлик методи ишлаб чиқилади. Бу жаррохлик усули варикоз касаллигини даволашда кескин чораларни ишлаб чиқди. Кўп асрлар давомида флебология шундан дарак бердики жаррохлик йўли билан даволаш устун келди. Кўп йиллар давомида авлоддан авлодга флербологлар жаррохлик йўли билан кўп операциялар утказиб даволашди уларнинг кўпи ҳозирги вақтда кенг қўлланилиб келинмоқда. Варикоз касаллигини хирургик йўл билан даволашнинг асосий мақсади тери остида кенгайган веналарни патологик перферацияларни йўқотиш эди. Вертикал рефлюксни чуқур веналардан қоннинг патологик оқиши.

Сафенофеморал рефлюкс.

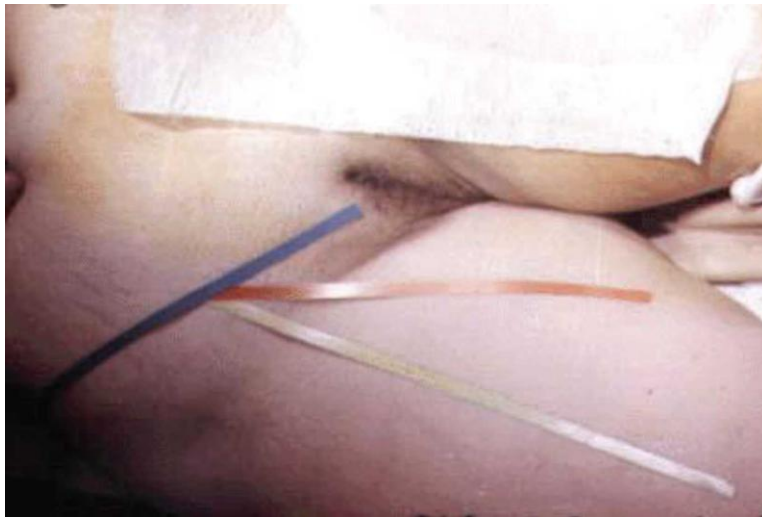
Кроссэктомия катта тери ости қон томирини боғлаш. Бир вақтда пастга қараб оқадиган жойни боғлаш биринчи бўлиб тери ости венани 1888 йилда

А А Троянов боғлашни тавсия қилган. Факат 1912 йилда М М Дитрих ҳамма катта қон томирларни йўлини бириктириш усулини модификациясини ишлаб чиқади.

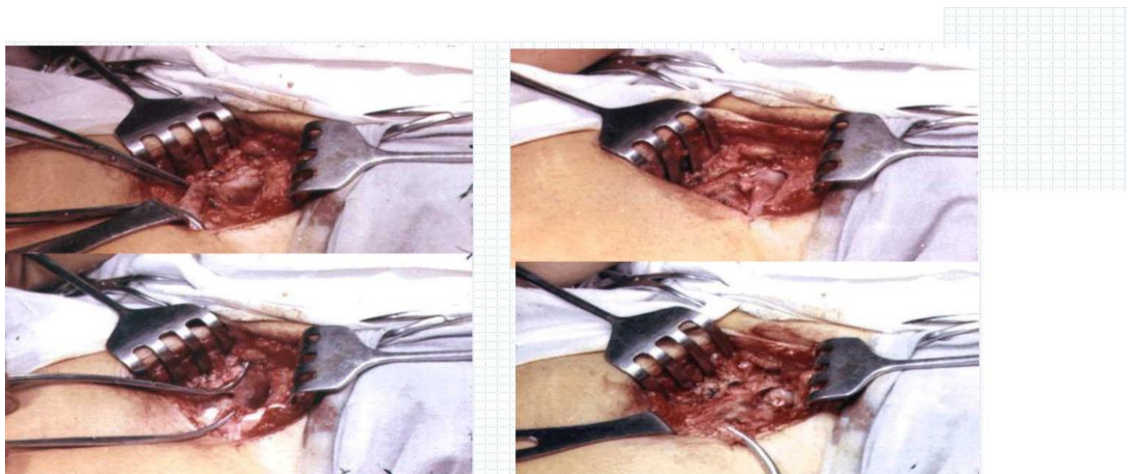
Варикоз касаллигини хирургик даволаш

Венэктомиянинг этаплари: катта ёки кичик тери ости веналарини ҳамма кушилиш юлини боғлаш.

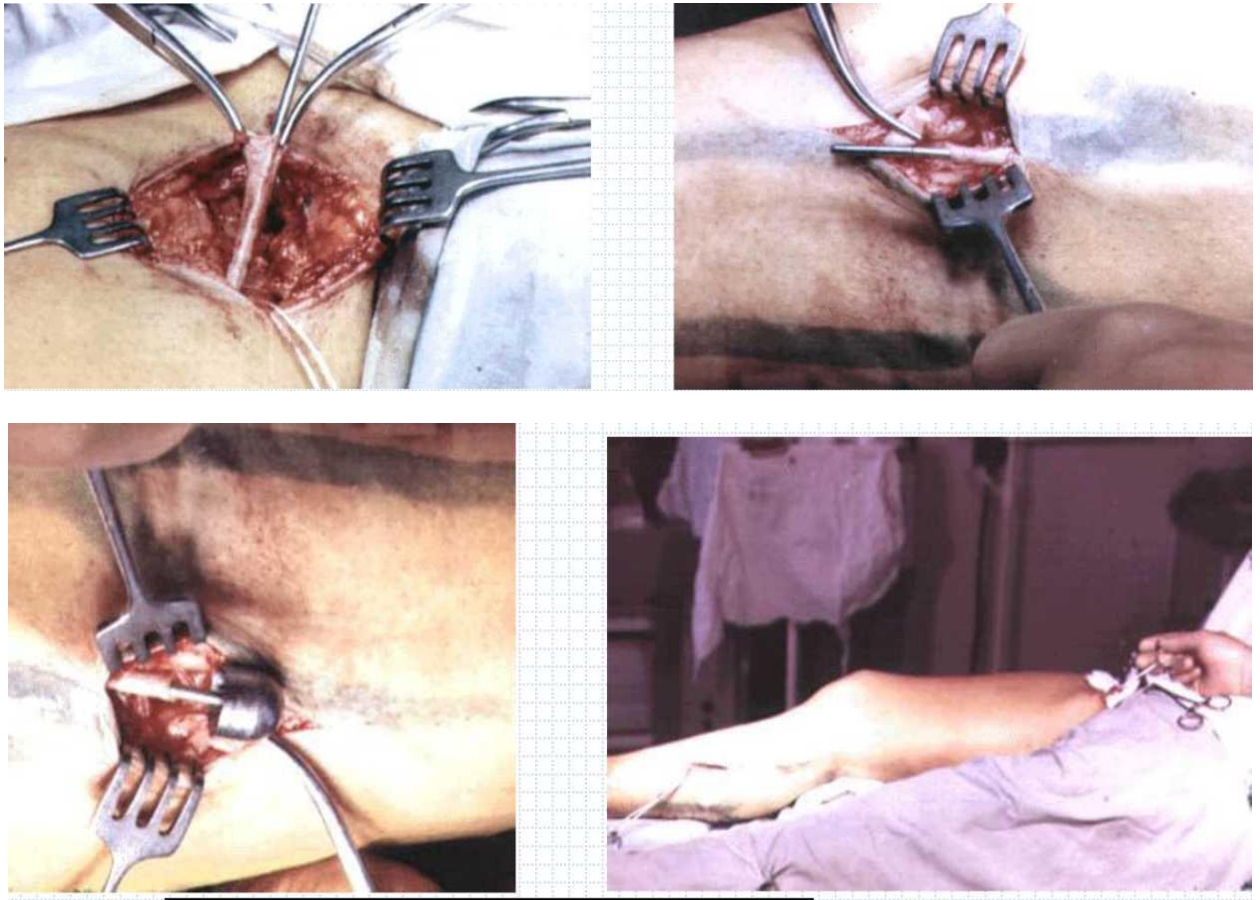
1. Ўзгарган перфорант веналарни боғлаш (тугри ёки эндоскопик йул билан).
2. Минифлебэктомия усулида узгарган вена қон томирларини олиш ва операциядан кейинги даврда тромбоземболияни олдини олиш мақсадида эластик компрессиядан фойдаланиш. операциядан кейинги тромбоземболияни олдини олишнинг энг яхши усули беморларни эрта ҳаракатлантириш ҳисобланади.



Катта тери ости венаси ва унга қўйиладиган веналарни топишдаги ўтказиладиган кесма



Бабкокк операцияси босқичлари



Хозирги вақтда варикоз касаллигини оператив даволашда этиборга лойик технологиялардан криострипинг (КС), эндовеноз радиочастотали облитерация (ЭВО), эндовеноз лазерли коагуляция (ЭВЛК), трансилюминацион флебэктомия (ТФ), перфорант веналар субфасциаль эндоскопик диссекцияси (СЭДПВ). Хозирги вақтда СЭДПВ энг кўп кулланилмокда касалликнинг энг оғир формаларида трофик бузулишлар ва варикоз касаллигини клапанлар етишмовчилигида кулланилиб келинмокда.

Оёқ варикоз касаллигини склерозлаш йули билан даволаш.

Склеротерапия – бу тери ичи ёки тери остидаги варикоз ўзгарган веналарга склерозловчи моддалар юбориб даволаш усули хисобланади.

Курсатма:

1. Тери ичи варикози ёки телеангиэктазия (СИ-СЕАР)
2. Ретикуляр варикоз (СИ - СЕАР)
3. Катта ва кичик тери ости венаси ёнбош шохчалари.
4. Операциядан кейинги рецидив варикозлар .

5. Варикоз касаллигини хирургик усулда даволашга кариши курсатма бўлганда.



Склеротерапия. Склерозловчи моддани венага юбориш



Адабиётлар

1. Ханевич М.Д. и соавт. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей М.: Мед. Экспрес-Пресс. 2003 г.
2. Даудярис Й.П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей- М.: Медицина 1984
3. Мазаев П.Н., Королюк И.П., ЖуковБ.Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.-М.: Медицина, 1987
4. Веденский А.Н. Варикозная болезнь.-Л. : 1983
5. Василюк М.Д., Шевчук М.Г. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин.-К. : Здоровья 1992
6. Шалимов А.А. Сухарев И.Г. Хирургия вен.-К. : Здоровья 1984
7. 1-й Московской медицинский институт им. И.М. Сеченова Учебно-методическая разработка на тему : “Варикозное расширение вен нижних конечностей и посттромбофлебитическая болезнь” Под. ред. Козлова И.З. 1986