**Azərbaycan Tibb Universiteti**

**III cərrahi xəstəliklər kafedrası**

|  |
| --- |
| AŞAĞI ƏTRAFLARIN SƏTHİ VENALARININ VARİKOZ GENİŞLƏNMƏSİ |
|  |
|  |

**Bakı 2019**

**Müəlliflər:** Rusiya tibb elmləri namizədi, Azərbaycanın tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ləfova L.V., tibb elmləri doktoru, professor Camalov F.H., tibb elmləri doktoru, professor Pənahov D.M., t.e.n. dosent Əhmədov Q.X.

**Resenzentlər:**

Azərbaycan Tibb Universitetinin «III cərrahi xəstəliklər» kafedrasının professoru tibb elmləri doktoru Axundov İ.T.

Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun «ümumi cərrahiyyə II» kafedrasının müdiri, tibb elmləri doktoru, professor Əliyev Ş.H.

MÜNDƏRİCAT

**Giriş ................................................................................................................. 4**

**Tarixi məlumat ............................................................................................... 4**

**Aşağı ətrafların venoz sisteminin qısa anatomiya və fiziologiyası ............. 6**

**Etiologiya və patogenez .................................................................................. 9**

**Təsnifat ............................................................................................................ 12**

**Klinik şəkli ....................................................................................................... 14**

**Diaqnostika ...................................................................................................... 16**

**Varikoz xəstəliyinin ağırlaşmaları ................................................................. 22**

**Varikoz xəstəliyinin differensial diaqnostikası ............................................. 26**

**Müalicəsi ........................................................................................................... 31**

**Profilaktika ....................................................................................................... 36**

**Yekun ................................................................................................................. 38**

**Dərsin mövzusu üzrə nəzarət sualları ............................................................. 38**

**Test sualları ....................................................................................................... 39**

**Situasiya sualları ............................................................................................... 45**

**GİRİŞ**

**Dərsin məqsədi:** aşağı ətrafların venoz sisteminin normal və patoloji anatomiyası, fiziologiyası üzrə əvvəl alınmış biliklərə əsasən, ayaqlarda venaların varikoz genişlənməsinin və onun ağırlaşmalarının etiologiya, patogenez, klinika, diaqnostikasının öyrənilməsi.

**Mövzunun aktuallığı.** Səthi venaların varikoz xəstəliyi (VX) və onun ağırlaşmaları müxtəlif ixtisasdan olan həkimlərdə nəzəri və praktik cəhətdən güclü maraq doğurur. VX-nin müalicəsi ümumi cərrahların səlahiyyətindədir, ancaq mürəkkəb hallarda angiocərrahları, terapevtləri, rentgenoloqları və digər mütəxəssisləri cəlb etmək lazımdır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə dünyanın yaşlı əhalisinin 20%-ə qədəri VX-dən əziyyət çəkir. 70 yaşdan yuxarı adamların 70%-dən çoxunda bu xəstəlik müşahidə olunur. Ən çox 20 yaşdan yuxarı qadınlarda (kişilərə nisbətən 5 dəfə çox) rast gəlinir. İldən-ilə belə xəstələrin sayı artır, xəstə kontingentində cavanlaşma qeyd olunur.

İnkişaf etmiş tibbi yardım sisteminə malik ölkələrdə varikoz xəstəliyinin müalicəsinə çəkilən xərclər ümumi səhiyyə büdcəsinin 3-9%-ni təşkil edir.

Bu patologiyanın ağırlaşmaları xəstələrin həyat keyfiyyətini və əmək qabiliyyətini aşağı salır, çox hallarda əlilliyə səbəb olur, bəzən isə pasientin ölümü ilə nəticələnir.

Çoxsaylı müalicə üsullurının mövcudluğuna baxmayaraq, residiv halları yüksək olaraq qalır.

Venoz patologiyalı xəstə kontingentinin artması və cavanlaşması, sağlam həyat tərzinə can atan əhalinin sayının çoxalması varikoz xəstəliyinin müalicəsi problemini daha da aktuallaşdırır. Belə ki cavan yaşlı xəstələrin əksəriyyəti əmək qabiliyyətini uzun müddət itirməmək üçün operativ müalicədən imtina edirlər. Bununla əlaqədar yeni az-invaziv müalicə üsulları istifadə edilir.

Varikoz xəstəliyinin müalicə və diaqnostikasında yeni texnologiyaların meydana çıxması həkimdən öz biliklərini daima təkmilləşdirməyi tələb edir.

**Tarixi məlumat**

İtalyan anatomları Giovanni Battista Canano (1547), Andrea Cesalpino (1571), Fabricio (1574) öz işlərində venoz klapanları təsvir etmişlər, lakin onların funksiyaları haqda anlayış verməmişlər. Klapanların patologiyası ilə venoz patologiyaların inkişafı arasında qarşılıqlı əlaqə haqda daha sonralar G. Richter (1799) və Tommaso Rima (1836) məlumat vermişlər. Perforant venaların ilk təsviri alman anatomu və cərrahı Y.X. Loderə (1803) məxsusdur.

1840-cı ildə Velpear varikoz xəstəliyini dərialtı venaları sarıyaraq müalicə etməyə cəhd etmişdir.

1890-cı ildə A.A. Troyanov, 1892-ci ildə isə Trendelenburg VX zamanı böyük dərialtı venanı (BDV) budda yüksək səviyyədə bağlamağın nəticələri haqda məlumat vermişlər. Varikoz xəstəliyinin residivinin qarşısını almaq məqsədi ilə 1912-ci ildə Diteriks safeno-femoral hövzəyə tökülən venoz şaxələrin bağlanmasını təklif etmişdir. 1840-cı ildə Madelung baldır və budda boylama kəsikdən varikoz venaların total çıxarılmasının nəticələrini vermişdir. 1906-cı ildə Mayo ucunda qarmaq olan metal zondla flebektomiya icra etmişdir. 1907-ci ildə isə Babcok bu məqsədlə zeytun şəkilli dəyişilən ucluğu olan xüsusi zond istifadə etmişdir.

Venaların xroniki xəstəliklərinin müalicəsinin inkişafında növbəti mərhələ rentgenoloji müayinə üsullarının tətbiqi ilə bağlıdır. İlk dəfə 1924-cü ildə S.A. Reynberq tərəfindən varikoz düyünlərə 20%-li stronsium bromid məhlulu yeritməklə venaların rentgenokontrast müayinəsi aparılmışdır. 1935-ci ildə J. Frimann-Dahl fleboqrafiya yolu ilə trombozun olmasını sübut etdi. 1941-ci ildə Luke tərəfindən venoz klapanların rolunu və funksional vəziyyətini təyin etməyə imkan verən retroqrad fleboqrafiya təklif olundu. 1976-cı ildə isə W. Hach qalxan kompression fleboqrafiyanı təsvir etdi. Ultrasəs rəngli angioskaner və doppler müayinələrinin meydana çıxması hər bir konkret xəstənin venoz sistemində baş verən dəyişiklikləri öyrənmək mümkün oldu. Əməliyyat travmasını minimuma endirmək istiqamətində axtarışlar damardaxili təsir ideyalarına gətirib çıxardı. 1851-ci ildə Charles-Gabriel Pravaz tərəfindən şprisin ixtirasından sonra kimyəvi maddənin damar daxili təsiri üsulu kimi, skleroterapiya meydana çıxdı. Pravaz aseptik flebit yaratmaq üçün ferroxlorid, digər həkimlər karbol turşusu, yodtannin məhlulu, soda məhlulu yeridirdilər.

Daha sonralar venada qan cərəyanını dayandırmaq üçün onun divarlarına termiki təsir ideyaları yarandı. Endovaskulyar elektrokoaqulyasiya bir üsul kimi, Çexoslovakiya cərrahları K.Firt, L. Heigal, D. Jrivora tərəfindən 1959-cu ildə praktikada tətbiq olunmuşdur. Bone C. 1998-1999-cu illərdə ilk dəfə venaların xroniki xəstəliklərinin müalicəsində diod lazerinin (810 nm) damar daxili istifadəsi haqda məlumat vermişdir.

Bu gün elmi və texniki inkişaf sayəsində venoz şəbəkənin ayrı-ayrı seqmentlərində ilkin hemodinamiki dəyişiklikləri aşkar etmək, yüksək texnologiyalı az invaziv üsullar ilə xəstəliyin ilkin mərhələlərində müdaxilə etmək, səmərəli konservativ müalicə və reabilitasiya tədbirləri görmək mümkündür. Lakin bu istiqamətdə işlər davam edir və yəqin ki, «zaman gələcək, nəsillərimiz belə açıq-aydın şeyləri bilmədiyimizə təəccüblənəcəklər» (Seneka).

**Venaların varikoz genişlənməsi** (varices venarum cruris) –venaların mənfəzinin genişlənməsi, forma və konsistensiyasının dəyişilməsi, venoz qan axınının pozulması ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir.

AŞAĞI ƏTRAFLARIN VENOZ SİATEMİNİN QISA ANATOMİYA VƏ FİZİOLOGİYASI

Aşağı ətraf venaları üç qrupa bölünür: səthi və ya dərialtı (böyük dərialtı vena - v. saphena magna, kiçik dərialtı vena – v. saphena parva), dərin və onları birləşdirən perforant venalar (şəkil 1).

**Səthi venalar** dərialtı toxumada yerləşirlər və arteriyaların gedişindən asılı deyillər. Aşağı ətrafların səthi venalarını böyük və kiçik dərialtı vena sistemi təşkil edir. Böyük dərialtı vena (v. saphena magna) pəncənin içəri kənar venasından (v. marginales lateralis) başlayır, içəri topuğun ön kənarı ilə bükücü əzələ vətərləri arasındakı çökəklikdə yerləşir, baldırın və budun içəri səthi ilə oval çüxura qədər qalxaraq budun geniş fassiyasının oraqvari kənarının aşağı buynuzu səviyyəsində bud venasına açılır. Böyük dərialtı venanın ən yuxarı seqmentinə xarici cinsiyyət venaları (vv.pudendae externae), qalça sümüyünü dolanan səthi vena (v. circumflexa ileum superficialis), səthi qarınüstü vena (v. epigastrica superficialis) açılır. Bəzən bunlardan 0,5 - 2,5 sm distal olmaqla böyük dərialtı venaya (BDV) iki böyük əlavə venalar - vv. saphena accesoria medialis və saphena accessoria lateralis tökülür.

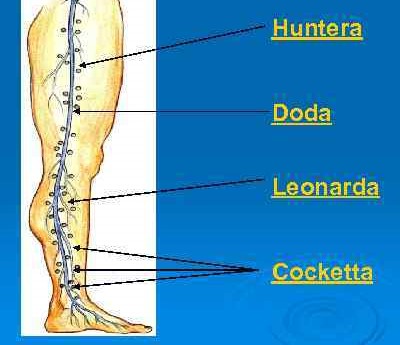
Kiçik dərialtı vena (vena saphena patva) pəncənin bayir kenar venasının davamıdır. O, bayir topuğun arxasından baldira keçir. Yuxari qalxarkən kiçik dərialtı vena (KDV) əvvəlcə axill vətərinin bayır kənarı, sonra isə arxa səthi boyunca yerləşərək baldırın orta-arxa xəttinə keçir. Baldır nahiyəsində baldırın xüsusi fassiyasının səhifələri arasında – Piroqov kanalında yerləşir, baldırın arxa-orta xətti boyunca yuxarı qalxaraq dizaltı cüxurda dizaltı venaya açılır. Baldırda kiçik və böyük dərialtı venalar arasında çoxsaylı anastomozlar var.

Aşağı ətrafların **dərin venaları** qoşa olurlar, arteriyaları müşayət etməklə onlara uyğun adlandırılırlar. Dizaltı çüxurun aşağı hissəsində vv. tibialis anterior və posterior tək dizaltı venanı əmələ gətirir. Dizaltı vena bud venasına keçir. Bud venasının ən böyük axarı budun dərin venasıdır. Bud venası bud arteriyasından içəridə yerləşməklə yuxarı qalxaraq, qasıq bağının altından çanaq boşluğuna keçir; burda o, xarici qalça venası adlanır. Xarici və daxili qalça venaları birləşərərək ümumi qalça venasını əmələ gətirirlər. Daha sonra orta xəttdən sağda IV-V bel fəqərəsi səviyyəsində ümumi qalça venalarının birləşməsindən aşağı boş vena (v. cava inferior) yaranır. Bu da sağ qulaqcığa tökülür.



**Şəkil 1. Aşağı ətrafların venoz sistemi.**

Səthi və dərin venalar **perforant** (və ya komissural, kommunikant) venalar vasitəsi ilə (vv. perforantes) birləşirlər (şəkil 2). Daha çox rast gəlinən kommunikant venalar budda: Dodda və Hunter, baldırda: yuxarı 1/3-də Boyda, aşağı 1/3-də Kokettin yuxarı,orta və aşağı perforantlarıdır. Adətən, perforant venaların diametri 1-2 mm-dən çox olmur. Onların divarlarında olan klapanlar normada qan axınını səthi venalardan dərin venalara ötürür. Klapanlarda çatmamazlıq olduqda qeyri normal – dərin venalardan səthi venalara qan axını baş verir.



**Şəkil 2. Aşağı ətrafların perforant venaları.**

Venoz sistem arterial sistemdən fərqli olaraq daha mürəkkəb şəraitdə fəaliyyət göstərir. İnsanın vertikal yeriməsi ilə əlaqədar venoz qan ağırlıq qüvvəsini dəf edərək periferiyadan yuxarı qalxıb ürəyin sağ qulaqcığına qayıtmalıdır. Venoz qanı periferiyadan mərkəzə itələyən qüvvələri iki qrupa bölmək olar: aşağıdan - itələyici və yuxarıdan – sorucu qüvvələr.

Aşağıdan itələyici qüvvələrə: venalara ötürülən qalıq arterial təzyiq, arteriya divarlarından venalara keçən sistolo-diastolik təzyiq, pəncənin venoz qövslərinin sıxılması, baldır əzələlərinin yığılması hesabına əzələ-venoz pompası aiddir. Yuxarıdan sorucu qüvvələr isə qarın boşluğu,döş qəfəsi, perikardda təzyiqin azalmasıdır.

Normada səthi və dərin venalarda hidrostatik təzyiq vertikal vəziyyətdə horizontal vəziyyətdəkinə nisbətən 10 dəfə artaraq 70-120 mm.c.st. çatır. Bu zaman lokal flebohipertenziyanı aradan qaldıran əsas faktor baldır əzələlərinin yeriş zamanı yığılmasıdır. Baldır əzələləri yığıldıqda qanı venoz sinuslardan və dərin venalardan ürəyə doğru qovur (əzələ-venoz pompası).

Magistral venoz damarların xüsusi quruluşu (daha güclü əzələ qatı hesabına bu venaların divarı yuxarı ətraflara nisbətən qalındır) və venoz klapanlar (aşağı ətrafların distal hissələrində onların sayı maksimaldır) 300 mm.c.st təzyiqə davam gətirirlər və qanın mərkəz istiqamətində hərəkətini təmin edirlər. Qan axını mərkəzə istiqamətləndikdə klapanlar açılır, qan mərkəzdən periferiyaya yönəldikdə isə bağlanır.

Nəfəs alma zamanı aşağı boş vena sistemində təzyiq qalxır və qan axını yavaşıyır, dərin nəfəs alma zamanı və nəfəsi saxladıqda isə tam dayanır. Nəfəs vermə zamanı qarın boşluğunda təzyiq enir və qan cərəyanını gücləndirən sorucu mexanizm yaranır. Venoz axını təmin edən digər sorucu faktor miokardın yığılmasıdır. Mədəciklər təkcə qanı arterial sistemə qovmur, həm də sağ qulaqcıqda və boş venada təzyiqin düşməsi hesabına magistral venalardan qanı geriyə çəkir.

Qanın 85%-ə qədəri venoz sistemdə yerləşərək, müxtəlif patoloji proseslər zamanı dövr edən qan həcminin tənzimində iştirak edir. Orqanizmin istilik tənzimi dəridəki venulaların, subdermal venoz kələflərin və dərialtı venaların tonusundan və dolma dərəcəsindən asılıdır. Səthi venalar sistemi venaların vazokonstriksiyası və vazodilatasiyası hesabına orqanizmlə ətraf mühit arasında istilik mübadiləsini təmin edir.

ETİOLOGİYA VƏ PATOGENEZ

Varikoz xəstəliyi – VX venaların mənfəzinin qeyri-bərabər genişlənməsi, düyünəbənzər əyriliklərin yaranması, qapaqlarda funksional çatmamazlıq və qan cərəyanının pozulması ilə xarakterizə olunur. Birincili varikoz xəstəliyi - polietioloji xəstəlik olub, yaranmasında əhəmiyyətə malik olan amillər iki qrupa bölünür: a) zəmin yaradan amillər – venalarda anadangəlmə və qazanılmış dəyişikliklər, fəaliyyət göstərməyən arteriolo-venulyar anastomozlar, neyroendokrin pozğunluqlar, damar divarı tonosunun azalması; b) aşağı ətrafların venalarında təzyiqin qalxmasına, venoz qanın geri axınının çətinləşməsinə səbəb olan icraedici amillər: 1) qarındaxili və ya uzun müddətli ortostatik təzyiqin artması zamanı qanın retroqrad axını; 2) qanın dərin venoz sistemdən səthiyə axını; 3) arteriovenulyar anastomozlarla qanın arterial sistemdən venoz sistemə keçməsi.

Vena divarlarında olan 1-ci tip kollagen lifləri (qeyri-yetkin kollagenlər) birləşdirici toxumaların rigidliyini artırır, 3-cü tip kollagenlər isə venaların əvvəlki vəziyyətini saxlamaqla elastikliyini artırır. Dəyişilməmiş venaların divarında lazımi elastikliyi və davamlılığı təmin edən 3-cü tip kollagen lifləri üstünlük təşkil edir. Genetik tədqiqatlar XVÇ olan ailələrdə 3-cü tip kollagenin sintezi fonunda autosom-dominant formada 1-ci tip kollagenin böyük massivini aşkar etmişdir. Yəni, məhz, müxtəlif tip kollagenlər arasında disbalans venoz divarların zəifləməsinə səbəb olur. Yetişməmiş 1-ci tip kollagenin nəslən ötürülməsi anadangəlmə birləşdirici toxuma defektinə gətirib çıxarır. Belə hallarda bir çox xəstələrdə VX ilə eyni vaxtda yırtıqlar, babasil, yastıayaqlılıq yaranır.

Estrogenlər, progesteron və onların analoqları kollagen və elastik lifləri zədələyərək, venoz divarlarım tonusunu zəiflədir.

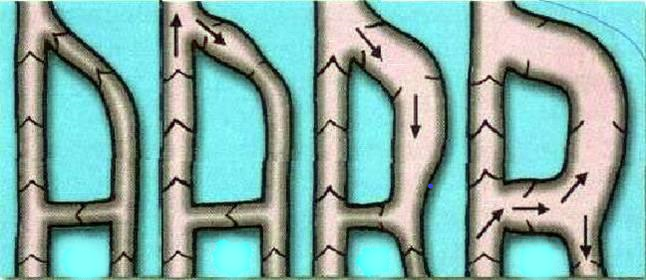
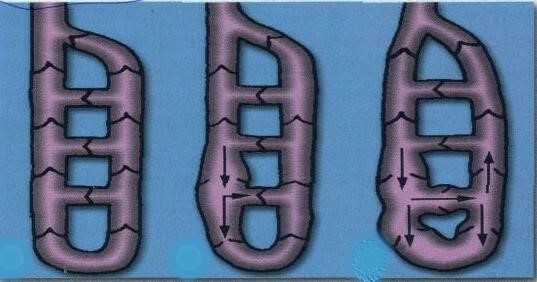
Histoloji müayinələr zamanı varikoz dəyişilmiş venaların divarında fibroz toxumaların xeyli artdığı aşkar olunmuşdur. Fibroz toxuma subintimal qata keçərək, daxili və xarici elastik membranları zədələyir, venoz divarların bütün qatlarında elastik və saya əzələ liflərini dağıdır. Nəticədə saya əzələ hüceyrələri tədricən fibroz toxumalarla əvəz olunur.

Varikoz venaların divarlarında hipertrofiyalaşmış və atrofiyalaşmış sahələr növbələşir. Dərialtı və kommunikant venaların divarında baş verən yuxarıdakı dəyişikliklər tədricən onların mənfəzinin genişlənməsinə gətirir. Nəticədə intakt qapaqlar bağlandıqda bir-birinə çatmır. Baş verən nisbi qapaq çatmamazlığı vertikal (dərialtı venalar boyunca qanın yuxarıdan aşağı qayıtması) və horizontal (qanın dərin venalardan səthi venalara axını) reflüksə səbəb olur. Daha sonra qapaqların strukturunda ikincili dəyişikliklər – kollagen liflərin hiperplaziyası baş verir. Varikoz dəyişilmiş venaların histokimyəvi müayinəsi zamanı xroniki iltihabi reaksiyaların aktivatorları olan immunokomponent hüceyrələr və autoantigenlər aşkar edilir.

VX-nin sonrakı proqressivləşməsinin, çoxsaylı simptomların və sindromların baş verməsinin əsas faktoru qapaq çatmamazlığı olan dərin venalarda təzyiqin qalxmasıdır. Sağlam şəxsdə topuq-pəncə oynağının minimal hərəkəti qanın aşağıdan yuxarıya qovulmasına və venoz təzyiqin enməsinə gətirib çıxarır. Qapaq çatmamazlığı olan xəstələrdə qanın reflüksu baş verir, bu zaman yeridikdə venalarda təzyiq cüzi azalır və ya əksinə, artır. Baldırın aşağı 1/3-nin (kommunikant venaların daha çox toplandığı yer) perforantlarında qapaq çatmamazlığı zamanı baş verən flebohipertenziya əzələ sinuslarına və dərin damarlara yayılaraq, daha sonra səthi venalara və dərinin mikrosirkulyator şəbəkəsinə ötürülür. Flebohipertenziya nəticəsində postkapillyar venulalarda leykositlər və trombositlər ləngiyir. Bu da obstruksiya hesabına kapillyarlarda qan cərəyanını pisləşdirir, işemiyanı artırır. İşemiya şəraitində aktivləşmiş leykositlər toxumalarda ciddi zədələnmələrə səbəb ola bilir. Bu zaman onların hədəfi mikroorqanizmlər yox, orqanizmin öz toxumaları olur. Aktivləşmiş leykositlərdən ifraz olunan oksidləşdiricilər və fermentlər DNT-nin zədələnməsinə, hüceyrə membranlarında lipidlərin oksidləşməsinə, zülalların parçalanmasına səbəb olur. Neytrofillərin təsirindən mikrosirkulyator şəbəkə damarlarında keçiriciliyin artması maye və zülaların damarlardan çıxmasına, hüceyrəarası maye təzyiqinin artmasına gətirib çıxarır. Bu isə öz növbəsində transmural təzyiqi azaldır. Mikrosirkulyator şəbəkədə ləngimiş və aktivləşmiş trombositlər mikrotrombozların yaranmasına və nəticədə toxuma perfuziyasının zəifləməsinə, nekroz ocaqlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. XVÇ-lı xəstələrin qanında leykositar-trombositar komplekslərin olması onlarda iltihaba sistem cavabın təzahürünü göstərir. Kapillyarlarda qan cərəyanının pozulması fonunda ətraf toxumalarda zülaların toplanması - birləşdirici toxumaların inkişafını, hətta, fibrozun yaranmasına qədər artırır. Bu sahədə trofiki pozğunluqların (dəridə atrofiya ocaqları, xoraönü dermatit, sellülit, venoz ekzema, xoranın) inkişafı üçün şərait yaranır.

|  |
| --- |
| Beləliklə, VX-nin inkişafının əsas patogenetik mexanizmləri bu ardıcıllıqla baş verir: səthi venalarda hipertenziya => onların varikoz genişlənməsi => venoz axının çətinləşməsi => venoz damar divarlarının və kapillyarların keçiriciliyinin pozulması => toxumaların plazma zülalları, maye, qanın formalı elementləri ilə imbibisiyası, ödemin inkişafı, hiperpiqmentasiya, sellülit, indurasiya => qanın mikrosirkulyasiyasının pozulması => trofiki dəyişikliklərin inkişafı. |

VX zamanı səthi venaların genişlənməsi sxematik olaraq şəkil 3 və 4-də göstərilmişdir.

**Şəkil 3.** Enən varikoz (birincili varikoz) **Şəkil 4.** Qalxan varikoz (ikincili varikoz)

**Xəstəliklərinin beynəlxalq təsnifatı – 10 (XBT-10) üzrə kodlaşdırma**

**I83** Aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi

**I83.0** Aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi xora ilə

**I83.1** Aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi iltihab ilə

**I83.2** Aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi xora və iltihab ilə

**I83.9** Aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi xorasız və iltihabsız

**Təsnifatı**

1994-cü ildən aşağı ətraf venalarının xroniki xəstəliklərinin beynəlxalq CEAP təsnifatından istifadə edilir. Bu klassifikasiya klinik əlamətlər (Clinical), etioloji (Etiological) və anatomik (Anatomical) xüsusiyyətləri, həmçinin patofizioloji (Pathophisiological) pozğunluqları nəzərə almaqla tərtib edilib.

Klinik təsnifat (C)

C0 – VXX-nin görünən və ya palpasiya olunan əlamətləri yoxdur

C1 – telangiektaziyalar və ya retikulyar venalar (şəkil 4)

C2 – varikoz dəyişilmiş dərialtı venalar (diametri 3 mm və daha çox) (şəkil 5)

C3 – ödem

C4 – dəri və dərialtı toxumaların trofik dəyişiklikləri hiperpiqmentasiya və/və ya venoz ekzema lipodermatoskleroz və/və ya dərinin ağ atrofiyası

C5 – sağalmış venoz xora

C6 – açıq venoz xora

Yuxarıda göstərilən təzahürlərin simptomsuz gedişi A (məsələn: C3,A), simptomatik gedişi isə S indeksi ilə işarələnir.

Etioloji təsnifat (E)

Ec – anadangəlmə xəstəlik

Ep – birincili xəstəlik

Es – ikincili xəstəlik

En – etioloji amili təyin etmək mümkün olmur

Anatomik təsnifat (A)

As – səthi venalar

Ap –performant venalar

Ad – dərin venalar

An – venoz sistemdə dəyişikliklərin lokalizasiyasını müəyyən etmək mümkün olmur

Patofizioloji təsnifat (P)

Pr – reflüks

Po – oklüziya

Pr,o – reflüks və oklüziya

Pn – venoz sistemdə patofizioloji dəyişiklikləri müəyyənləşdirmək mümkün olmur

Xroniki venoz çatmamazlığın dərəcələri:

0 – teleangioektaziyalar və retikulyar varikoz;

1 – «ağır ayaqlar» sindromu, varikoz transformasiyalı dərialtı venalar və baldırın aşağı 1/3-də keçici ödemlər;

2 – davamlı ödem, hiper və ya hipopiqmentasiya, lipodermatoskleroz, ekzema;

3 – indurativ sellülit, venoz trofiki xora, ikincili limfedema.

VX-nin kliniki formaları:

1) patoloji veno-venoz axın olmadan dəridaxili və dərialtı seqmentar varikoz;

2) səthi və (və ya) perforant venalarda reflyuks olmaqla seqmentar varikoz;

3) səthi və (və ya) perforant venalarda reflyuks ilə yayılmış varikoz;

4) dərin venalar boyu reflyuks zamanı varikoz genişlənmə.

Ağırlaşmalar: qanaxma, tromboflebit, fleqmona.

**Klinik şəkli**

VX-nin birinci klinik forması zamanı teleangioektaziyalar və retikulyar venaların sayının artması uzun müddət xəstədə yalnız kosmetik narahatlıq yaradır. Lakin illər keçdikcə böyük və kiçik dərialtı vena sistemində varikoz venalar yarana bilər.

Kokett sahəsində (medial topuq nahiyəsi) genişlənmiş vena və venoz kələflərin yaranması perforant venalarda çatmamazlığın təzahürü kimi dəyərləndirilir. Bu ikinci klinik formadır. Belə xəstələrdə günün axırında ayaqlarda zəif ödem, ağırlıq hissiyyatı qeyd olunur.

3-cü klinik forma zamanı xəstələr aşağı ətrafların medial və arxa səthlərində (böyük və kiçik dərialtı vena sistemində) genişlənmiş venaların olmasından, ayaqlarda ağırlıq və bəzən ağrıdan, gecə qıcolmalarından, trofiki pozğunluqlardan (sellülit, lipodermatoskleroz) şikayətlənirlər. Səthi venalar müxtəlif formada genişlənə bilir: *silindrik* (vena nisbətən düzxəttlidir, diametri az böyümüşdür), *ilanabənzər* (venalar əyilir, diametri böyüyür, divarları nazikləşir), *düyünlü* (çoxsaylı, böyük yumru venoz düyünlər).

4-cü forma zamanı pasientlərdə xəstəliyin klinik şəklində XVÇ-ın ümumi təzahürləri üstünlük təşkil edir.

Varikozlu xəstələrin 60-65%-ni 30-50 yaşlı, 15%-ni 50 yaşdan yuxarı, 20-25%-ni isə 30 yaşdan aşağı şəxslər şəxslər təşkil edir. Cavan kişi və qadınlarda rast gəlmə tezliyi eynidir. Yuxarı yaş qrupunda qadınlar 66%, kişilər isə 34% təşkil edir. Varikoz xəstəliyi 26,5% hallarda sol tərəfli, 16% hallarda sağ tərəfli, 57,5% hallarda isə iki tərəfli olur. İki tərəfli varikoz zamanı sol ayaq daha çox zədələnir, daha tez-tez dekompensasiya və ağırlaşmalara məruz qalır. Bu sol ayağın venoz sisteminin anatomik xüsusiyyətləri ilə bağlıdır. Belə ki, ümumi qalça venası sol tərəfdə qalça arteriyası ilə sıxılır. Nəticədə sol ayaqda təzyiq həmişə sağa nisbətən yüksəkdir. Xəstələrin 60,3%-də venaların magistral, 39,7%-də isə diffuz tip genişlənməsi müşahidə olunur. Diffuz genişlənmə çox vaxt klapan çatmamazlığı, venoz hemodinamikada pozğunluqlar, trofiki dəyişikliklərlə ağırlaşır. Çox vaxt – 70% hallarda varikoz genişlənmə böyük dərialtı vena sistemində, az hallarda (20%-dək) eyni vaxtda böyük və kiçik dərialtı vena sistemində, yalnız 10% hallarda təkcə kiçik dərialtı vena sistemində inkişaf edir.

Varikozlu xəstələrin 60-80%-nin heç bir subyektiv şikayəti olmur və venaların genişlənməsi kosmetik xarakter daşıyır. Ayaqlarda daimi narahatlıq qan dövranında pozğunluqlar olduqda meydana çıxır. Xəstə ayaqda ağırlıq, yorğunluq, paresteziya və küt dartıcı ağrılar qeyd edir. Yuxarıda adları çəkilən narahatlıqlar ayaq üstə daha qabarıq şəkildə təzahür edir, gəzdikdə azalır və xəstənin horizontal vəziyyətində tam itir. Bir çox xəstələr baldır əzələlərində gecə qıcolmalarından şikayətlənirlər. Əksər xəstələrdə hamiləlik dövründə, aybaşı zamanı və ondan əvvəl ayaqlar şişir, varikoz venalar isə dolğunlaşaraq böyüyür, yorğunluq hissi və ağrılar meydana çıxır. Hamiləlik zamanı çox vaxt pəncə və topuq nahiyələrində kiçik venalardan ibarət sıx torlar yaranır; qasıqüstü və qasıq venaları, xarici cinsiyyət orqanları venaları genişlənir. Doğuşdan sonra bu hallar keçir, aşağı ətraflardakı varikoz genişlənmiş venalar qalır, proqressivləşir və hər növbəti hamiləlik zamanı daha da artır. VX zamanı ayaqda ağrılar intensiv və əzabverici olmur. Dincəldikdə bütün xoşagəlməz hissiyyatlar yox olur. Baxış zamanı qıvrılmış, hətta dəridən xaricə qabaran varikoz genişlənmiş magistral və konglomerat venalar görünür. Genişlənmiş xırda venoz torlar hesabına pəncə və topuq nahiyələri qalınlaşır, göyümtül rəng alır. Horizontal vəziyyətdə göyümtül rəng itir. Ayağa hər tərəfdən baxmaq, yastıayaqlılığın olmasını təyin etmək, yırtığa, toxum ciyəsi venalarında varikoz genişlənməyə və babasilə diqqət yetirmək lazımdır.

Santimetrlik lentlə ayağın müxtəlif səviyyələrində xəstə tərəfin sağlam tərəfə nisbətən nə dərəcədə qalın olduğu müəyyənləşdirilir. Xəstə ayağın ödemi zamanı axşamlar bu fərq 2-3 sm-ə çatır. Dincəldikdən sonra isə ödem səngiyir, ətrafın qalınlığı 1-2 sm azalır. Ayaqda ödemin olması xəstəliyin dekompensasiyasını və venoz hemodinamikada kəskin pozğunluqların olmasını göstərir. Əvvəlcə ödem topuq və pəncə arxası sahələrdə meydana çıxır, sonra isə baldıra yayılır.

Palpasiyada genişlənmiş magistral vena və varikoz düyünlər, onların dolğunluğu, baldır apanevrozunda qapaq çatışmazlığı olan perforantların yaratdığı defekt təyin edilir. Dəridə hərarətin dəyişilməsi palpasiyada, daha dəqiq isə elektrotermometrlə müəyyən olunur. Venalar və iltihab sahələri üzərində dərinin hərarəti ətraf sağlam sahələrə nisbətən yüksək olur. Xəstənin vertikal vəziyyətində bu fərq artır. VX-nin dekompensasiyası zamanı ətraflarda ödemlər artır, gecələr güclənən tərləmə və qaşınma meydana çıxır. Bunlar isə trofiki ağırlaşmaların başlandığını göstərir. Perforant venalarda çatmamazlıq sürətlə dekompensasiya və trofiki pozğunluqlara gətirib çıxarır. BDV sistemində qapaq çatmamazlığı və genişlənmə zamanı simptomlar kiçik dərialtı vena sistemində pozğunluqlarda olduğuna nisbətən az nəzərə çarpır və ləng proqressivləşir.

**ДИАГНОСТИКА**

Aşağı ətrafın səthi venalarının VX-nin diaqnostikası qarşısına qoyulan vəzifələr bunlardır:

1. Aşağı ətrafların venoz sistemində patologiyanın olmasını və ya onun növünü aşkar etmək.
2. Dərin venaların keçiriciliyini və qapaq aparatının yetərliliyini dəyərləndirmək.
3. Dərialtı və perforant venalarda reflüksu aşkara çıxarmaq.
4. Venoz patologiyanın xarakterini differnsasiya etmək (varikoz xəstəliyi və ya posttrombolitik sindrom, arterio-venoz fistullar, anadangəlmə damar malformasiyaları və s.).

|  |
| --- |
| 1. Anamnezin toplanması. 2. Baxış (vertikal vəziyyətdə). 3. Palpasiya. 4. Funksional sınaqların aparılması. 5. İnstrumental müayinə üsulları. |

**Anamnez.** Düzgün diaqnoz qoymaq və lazımi diaqnostik müayinələrin seçimi üçün xəstənin anamnezi və şikayətlərinin ciddi öyrənilməsi vacibdir. Anamnez topladıqda aşağıdakıları aydınlaşdırmaq lazımdır: venaların varikoz genişlənmə əlamətləri nə vaxt meydana çıxıb, varikozun inkişaf dinamikası, trofiki yaraların olması, tromboflebit və dərin venaların trombozu olubmu, aşağı ətraflarda ödemlərin meydana çıxması vaxtı, anamnezdə qızılyel iltihabı və travmaların olması.

Əmək fəaliyyətinin xüsusiyyətlərini (uzun müddət ayaq üstə və oturaq vəziyyətdə olmaq), yanaşı xəstəlikləri, idmanla aktiv məşğul olmağı, hormonal (kontraseptiv) preparatların qəbulunu, gündəlik geyim xüsusiyyətlərini (korsetlər, dar şalvarlar və digər sıx paltarlar) araşdırmaq vacibdir.

Eyni zamanda latent keçən dərin vena trombozlarına səbəb ola biləsi uzun müddətli immobilizasiya və digər halların mümkünlüyünün aydınlaşdırılması məqsədəuyğundur.

İnterkurrent xəstəliklərin, xüsusilə də, arterial patologiyanın aşkar edilməsi çox önəmlidir. Bu patologiyanın tipik əlaməti «fasiləli axsama», arxası üstə uzandıqda artan, oturduqda və ayaq üstə durduqda azalan işemik ağrılardır.

Periferik damar xəstəliklərindən başqa, aşağı ətraflarda ağrı sindromuna dayaq-hərəkət aparatı patologiyaları da (artroz və artritlər, yastı pəncəlilik, fəqərəarası disk yırtıqları, osteoxondroz, miozitlər və s.) səbəb ola bilər. Budun ön, arxa və yan səthlərində lokalizə olunan ağrılar onurğa xəstəlikləri zamanı baş verən kökcük ağrılarını göstərir. Diz oynağında olan və gəzdikdə, oturduqda güclənən ağrı artrit və artrozların tipik əlamətidir. Qasıq nahiyəsində kəskin və dartıcı xarakterli ağrılar bud-çanaq osteoartriti ilə bağlıdır. Lakin bu zaman diabetik neyropatiyanın mümkünlüyünü də nəzərə almaq lazımdır.

Gecələr baş verən əzələ qıcolmaları VX-nin patoqnomoniç simptomlarından deyil, lakin bu hallar bir qisim varikozlu xəstələrdə rast gəlinə bilir.

İynə batması hissiyyatı və «narahat ayaqlar» sindromu çox vaxt venoz patologiyalarla bağlıdır. Ayaqlarda və pəncə barmaqlarında istilik və yanma hissiyyatı eritremiya və eritromelalgiyanı göstərir.

Aşağı ətrafların venoz patologiyalarının daha xarakterik təzahürü uzun müddət ayaq üstə durduqda aşağı ətraflarda yaranan yorğunluqdur. Bu hal yeridikdə və ya ayağa qaldırılmış vəziyyət verdikdə azalır və ya tam keçir.

**Xəstəyə baxış.** Klinik baxış ayaq üstə yaxşı işıqlandırılmış otaqda aparılmalıdır. Bu zaman mütləq hər iki aşağı ətrafa, həmçinin, qasıq nahiyələri, qarnın ön və yan divarlarına baxılmalıdır. Genişlənmiş dəridaxili və dərialtı venalara, böyük və kiçik dərialtı vena şaxələrinə, o cümlədən, baldır və pəncədə ödemin, trofiki pozğunluqların olmasına diqqət yetirmək lazımdır.

**Palpasiya** fassiyada genişlənmiş perforant venanın çıxdığı yerə uyğun defekti aşkar etməyə (Feqan sınağı), keçirilmiş tromboflebit əlamətlərini müəyyənləşdirməyə, indurativ sellülit sahəsinin sərhədlərini dəqiqləşdirməyə imkan verir.

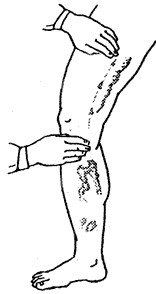
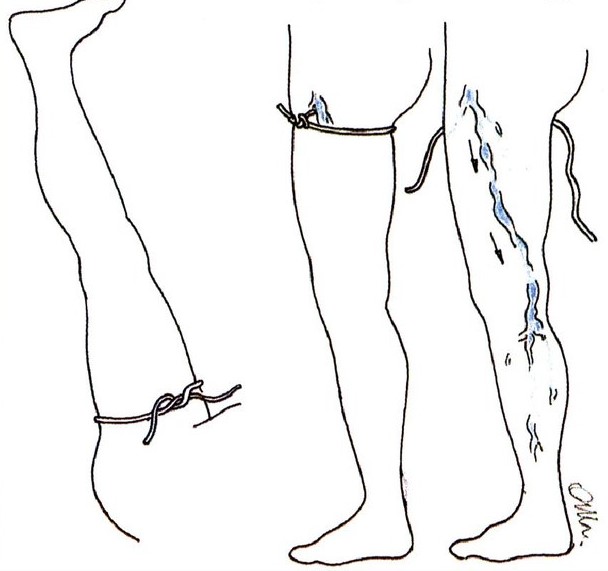
Magistral və kommunikant venaların qapaq apparatını müayinə etmək və dərin venaların keçiriciliyini dəyərləndirmək üçün flebologiyada funksional sınaqlardan istifadə olunur.

**Funksional sınaqlar.**

*Səthi venaların qapaq apparatının müayinəsi (vertikal reflyuksun aşkar olunması).*

Hakkenbrux-Sikard simptomu (Hackenbruch-Sicard) **-** həkim əlinimüayinə olunanın buduna - böyük dərialtı venanın bud venasına tökülən yerə qoyur və ondan öskürməyi tələb edir: bu zaman təkanın hiss olunması (müsbət simptom) ostial qapaqlarda çatmamazlığı göstərir. Öskürək zamanı diafraqmanın yığılması nəticəsində aşağı boş venadan qanın geri axını baş verir və venoz qan ümumi və xarici qalça venası ilə bud venasına, böyük dərialtı venaya ötürülür.

Şvars-Mak Keliq-Heyerdal (Schwarz-Mccalig-Heyerdale) sınağı zamanı xəstə ayaq üstə durur. Oval çüxur nahiyəsində göstərici barmaqla böyük dərialtı vena boyu yüngül təkan edilir, digər əlin barmaqları isə bud və baldırın genişlənmiş venaları nahiyəsinə qoyulur. Təkanın distal istiqamətdə ötürülməsi böyük dərialtı vena magistralında qapaq çatmamazlığını göstərir (şəkil 5).

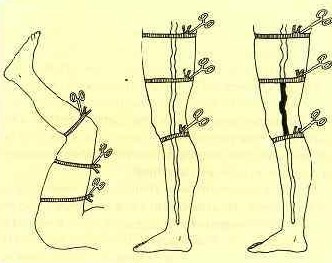
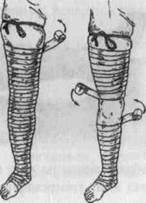
 

**Şəkil 5.** Şvars sınağı. **Şəkil 6.** Troyanov-Trendelenburq sınağı.

Troyanov-Trendelenburq sınağı –arxası üstə uzanmış, ayağı yuxarı qaldırılmış xəstənin böyük dərialtı venası qasıq büküşündə sıxılır, xəstə ayağa durur, kompressiya dayandırıldıqdan sonra varikoz genişlənmiş venaların sürətlə dolması venoz qapaqlarda çatmamazlığı göstərir (şəkil 6).

*Kommunikant venalarda qapaqların müayinəsi (horizontal reflyuksun diaqnostikası).*

Üç turna (Şeynis) sınağı. Uzanmış xəstənin yuxarı qaldırılmış ayağına yalnız dərialtı venaları sıxan 3 turna qoyulur: aşağı turna – bilavasitə dizin altına, orta turna - budun ortasına, yuxarı turna – qasıq büküşünə yaxın. Xəstə ayağa qalxır. Turnaları açana qədər turnalarla məhdudlaşdırılan hər hansı bir sahədə tez bir zamanda venalarda şişkinliyin baş verməsi bu sahədə kommunikant venalarda qapaq çatmamazlığını göstərir. Sonra növbə ilə aşağıdan yuxarıya turnalar açılır. Hər hansı turnanı açdıqdan sonra genişlənmiş venaların sürətlə şişməsi açılmış turnadan yuxarıda qapaqların çatmamazlığını göstərir. Sınağı təkrar etdikdə turnaları baldırda yaxınlaşdıraraq, qapaq çatmamazlığı olan perforant venaların lokalizasiyasını dəqiq təyin etmək olar ( şəkil 7).

**Şəkil 7.** Şeynis sınağı. **Şəkil 8.** Pratta 2 sınağı.

Talman sınağı. Müəllif ayağa aşağıdan yuxarıya spiral şəklində rezin turnanın bağlanmasını təklif edir. Turnalar arasında məsafə 5 sm təşkil edir ki, bu da perforant venaların dəqiq lokalizasiyasını təyin etməyə imkan verir.

Pratta-2 (Pratt) sınağı. Uzanmış xəstənin yuxarı qaldırılmış ayağını barmaqların əsasından qasığa qədər elastik bintlə sarıyıb, qasıq nahiyəsinə turna bağlayırlar. Xəstə ayağa durduqdan sonra ikinci elastik bint turna sahəsinə qoyulur. Sonra birinci bint yuxarıdan aşağı açıldıqca, ikinci bint onun əvəzinə yuxarıdan aşağıya ayağa sarınır. Bu zaman birinci və ikinci bint arasında 5-10 sm enində sahə saxlanılır. 2 bint arasında səthi venalar seqmentinin dolması bu sahədə perforantlarda qapaq çatmamazlığının olmasını göstərir (şəkil 8).

*Dərin venalarda keçiriciliyin yoxlanılması.*

Yürüş sınağı (sinonimi – Delbe-Pertes sınağı). Bu sınaq zamanı buda qoyulmuş turna və ya manjetlə dərialtı venalar sıxıldıqdan sonra xəstə yürüş edir. Nəticədə dərialtı venalarda şişkinliyin və gərginliyin azalması dərin venalarda funksional pozğunluğun olmaması deməkdir.

Pratta-1 sınağı. Bu sınağı aparmazdan əvvəl xəstəliyin gedişində istifadə olunmuş konservativ müalicənin nəticələrini dəqiqləşdirmək lazımdır. Belə ki, aşağı ətrafların elastik kompressiyası zamanı pasientin vəziyyətinin yaxşılaşması dərin venaların keçirici olmasından xəbər verir. Sınaq yerinə yetirilərkən səthi venalar boşaldıqdan sonra baldır elastik bintlə bərk sıxılır. Güclü ağrı sindromunun meydana çıxması, baldır dairəsinin böyüməsi dərin venalarda keçməməzliyi göstərir.

**İnstrumental müayinə üsulları.** Müasir dövrdəVX-nin diaqnostikası qarşısında qoyulan əsas suallara yüksək informativli instrumental müayinə üsulları dəqiqliklə cavab verir.

Ultrasəs doppleroqrafiya (USDQ) venoz sistemin funksional vəziyyətini dəyərləndirməyə imkan verir. Dopplerosonoqrafiya venoz qan cərəyanını tənəffüslə sinxron və dəniz dalğasına bənzər küy şəklində təyin edir: küy nəfəs aldıqda güclənir, nəfəs vermə zamanı isə zəifləyir. Bu üsulla dərialtı venalarda reflüks asanlıqla təyin edilir.

Müasir dövrdə VX-nin diaqnostikasında daha informativ üsul rəngli qan cərəyanı ilə ultrasəs angioskaner müayinəsi sayılır (US-tripleks skaner müayinəsi). Bu üsul venoz şəbəkədə olan anatomik-morfoloji dəyişiklikləri dəqiq təyin etməyə, səthi və dərin venaların keçiriciliyini, Valsalva sınağının (nəfəs vermə zamanı gücənmə) köməyi ilə onların divarlarının və qapaqlarının funksional vəziyyətini, reflüksün dərəcəsini, perforantlardakı funksional dəyişiklikləri müəyyənləşdirməyə, adekvat müalicə taktikasının seçilməsinə imkan verir.

Venoz sistem patologiyaları zamanı ultrasəs müayinə üsullarının yüksək informativliyi sayəsində əksər xəstələrdə diaqnostika məqsədi ilə rentgenkontrast fleboqrafiya aparılmır. Lakin rentgenkontrast fleboqrafiya yüksək informativliyə malik olub, venaların ikincili varikoz genişlənməsi (venoz axının posttravmatik zədələnməsi, damarların anadangəlmə malformasiyası və s.), xroniki limfovenoz çatmamazlıq zamanı göstərişdir.

Kompleks patofizioloji informasiyanın əldə edilməsi və monitoring məqsədi ilə pletizmoqrafiyanın müxtəlif növlərindən (fotopletizmoqrafiya, okklyuzion pletizmoqrafiya), flebotonometriyadan və s. istifadə oluna bilər.

**VARİKOZ XƏSTƏLİYİNİN AĞIRLAŞMALARI**

Varikoz xəstəliyinin ən çox rast gəlinən ağırlaşmaları bunlardır:

1. Varikoz düyünlərin cırılması zamanı qanaxma.

2. Varikoz genişlənmiş səthi venaların tromboflebiti (varikotromboflebit).

3. Dermatit, ekzema.

4. Venoz trofiki yaralar.

Topuqüstü perforantların çatmamazlığı zamanı VX xora və indurasiyalarla ağırlaşaraq daha bəd xassəli gedişə malik olur. Xəstəlik proqressivləşdikdə ödem və qaşınmalar güclənir, quru və ya yaş ekzema meydana çıxır, dəri baldırın aşağı hissəsində tünd qəhvəyi, parıltılı olur, asan zədələnir. Təkrarlanan iltihab dərialtı piy toxumasını çapıq toxumaya çevirir, dərinin özü hərəkətsizləşir, dərialtı çapıqlarla və venalarla bərk birləşir. Genişlənmiş venalar bərkləşmiş toxumalar içərisində, sanki, «gizlənərək» az nəzərə çarpan olurlar, venaların funksiyalarındakı dekompensasiya isə onların divarları və klapanlarında proqressivləşən sklerotik dəyişikliklər hesabına daha da artır. Çapıq toxumalarla əhatə olunmuş venalar artıq yığıla bilmirlər, onların divarları kəskin nazikləşirlər və xırda bir təsir və travmadan partlayırlar. Qan dərialtı piy toxumasına axaraq yayıla və ya məhdud hematoma əmələ gətirə bilir. Bu isə öz növbəsində indurasiya və hiperpiqmentasiyanı artırır. Əgər, vena ilə birlikdə onun üzərindəki nazikləşmiş dəri cırılarsa intensiv venoz qanaxma baş verir, sklerozlaşmış venanın divarları sıxılmır, venoz hipertenziya isə qanaxmanın davam etməsinə səbəb olur. Qan aşağı sallanmış ayaqdan sürətli axınla tökülür. Bəzən qanaxma varikoz yaraların dibindəki perforant və ya digər venalar səbəbli baş verir. Belə qanaxmalar güclü olur və onları dayandırmaq daha çətindir. Ayağı yuxarı qaldırıb sıxıcı sarğı qoymaqla qanaxma saxlanılır. Varikoz düyünün cırıldığı yerdə adətən xora yaranır. Ekzema və dermatitlər residivə meylli olurlar. Ekzema,dermatit və ya sellülitin hər residivi zamanı baldırda indurasiya, venalarda degenerativ dəyişikliklər, çatmamazlıq güclənir. Təkrari iltihab və artan çapıq toxuması limfa damarlarını daraldır, bu da limfa axınının pozğunluğuna, ikincili limfedemanın və hətta filayaqlılığın inkişafına gətirib çıxarır. Flebohipertenziya, mikrosirkulyasiya pozğunluğu, kiçik damarların trombozu və iltihab toxumaların qidalanmasını və oksigenasiyasını kəskin pozaraq, onların nekrobiozuna və varikoz yaraların yaranmasına səbəb olur. Yaralar ən çox baldırın içəri səthində - topuqdan yuxarıda, az hallarda bir qədər yuxarıda və ya bayır topuğun arxasında yaranır. Yaraların belə lokalizasiyası bu sahələrdə qanı soran əzələ massivlərinin olmaması və daha yüksək flebohipertenziya ilə şərtlənir. Çox vaxt yaralar sürətlə böyüyürlər, bol irin ifrazı və ağrı ilə müşayət olunurlar. Yaranın dibi, bəzən, apanevroza qədər çatır, kənarları isə bərk, hializinləşmiş və bir qədər qabarmış olur. Onların ətrafında, adətən, geniş indurasiya və hiperpiqmentasiya sahəsi müşahidə edilir. Yaralar çox vaxt aylarla, illərlə sağalmırlar, bəzən isə təkrar xoralaşmaya meylli olaraq, üzəri nazik dəri ilə örtülən kobud toxumaya çevrilirlər. Ağır iş, yorğunluq, travmalar varikoz yaraların residivi səbəbləridir. Xroniki yaralar maliqnizasiya edə bilərlər.

Ekzema, dermatit və yaralar infeksiya qapısıdır. Toxumaların infeksiya və autosensibilizasiyası varikoz venaların tromboflebitinə səbəb olur. Qeyd etmək lazımdır ki, tromboflebitlər çox vaxt aseptiki xarakter daşıyır.

Tromblaşmış venalar vaxt keçdikcə rekanalizasiya olunurlar, lakin divarönü trombların qalıqları və qapaqların dağılması sayəsində onların funksiyası daha çox pozulur. Beləliklə, təkrari tromboflebitlər dekompensasiyanı gücləndirir, xəstəliyin proqressivləşməsini sürətləndirir. Bəzən dərialtı venaların trombozu dərin venalara yayılır.

*Səthi və dərin venaların tromboflebiti* varikoz xəstəliyinin təhlükəli ağırlaşmalarındandır. Tromboflebitin baş verməsinə zəmin yaradan faktorlar bunlardır: 1) venaların varikoz genişlənməsi; 2) infeksiya; 3) onkoloji xəstəlikər; 4) aşağı ətrafların travmatik zədələnməsi; 5) adinamiya; 6) ürək-damar xəstəlikləri və diabet; 7) piylənmə.

Tromb əmələ gəlmənin patogenezində aşağıdakı faktorlar (**Virxov triadası**) həlledici əhəmiyyətə malikdirlər:

1. Venoz divarların daxili qişalarının tamlığının pozulması.
2. Qan cərəyanının zəifləməsi.
3. Qanın laxtalanma sistemində pozğunluqlar: laxtalanma sisteminin aktivləşməsi, kinin sisteminin aktivləşməsi, qanın fibrinolitik aktivliyinin azalması.

Səthi venaların tromboflebitinin klinik əlamətləri bunlardır:

1. Tromblaşmış və iltihablaşmış venanın gedişi boyu ağrı.
2. Tromblaşmış vena üzərində dərinin hiperemiya və şişkinliyi.
3. Bədən hərarətinin yüksəlməsi, qanda leykositoz.

Trombun ən təhlükəli hissəsi – onun üzən zirvəsidir. Üzən trombun zirvəsini aşkar etmək üçün USM istifadə olunur. Belə tromb venoz təzyiqin dəyişməsi ilə bağlı xırda titrəyici hərəkətdən qopub embola çevrilə bilir. Üzən trombun zirvəsi böyük dərialtı venada budun orta 1/3-nə, kiçik dərialtı venada baldırın yuxarı 1/3-nə çatdıqda dərin venaların trombozu və ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyası təhlükəsi yaranır. Buna görə belə halda təcili hospitalizasiya və müvafiq olaraq böyük dərialtı venanın bud venasına, kiçik dərialtı venanın isə dizaltı venaya töküldüyü yerdə bağlanması – krossektomiya göstərişdir. Digər hallarda xəstələr konservativ müalicə olunurlar. İltihabi prosess keçdikdən sonra flebektomiya göstərişdir.

Dərin venaların trombozu zamanı əsas simptom aşağı ətrafların distal ödemidir. Ödemin yuxarı sərhədi trombozun aşağı sərhədinə uyğun olur. Dabanı döyəclədikdə və pəncəni arxaya bükdükdə ağrı baş verir. Tromboz baldır nahiyəsindədirsə, ağrı baldır əzələlərini sıxdıqda və ya pnevmotik manjetlə kompressiyada meydana çıxır (Homans simptomu). Diaqnoz ultrasəs angioskaner müayinəsi ilə dəqiqləşdirilir.

Aşağı ətraf venalarının trombozları icərisində fleqmaziya ağır gedişi ilə fərqlənir. Fleqmaziya - ətrafların bütün venoz sisteminin total trombozu nəticəsində baş verir. Ağ və göy fleqmaziyalar ayırd edilirlər.

Aşağı ətraflardan venoz axın çanağın visseral venaları vasitəsilə saxlanıldıqda ağ fleqmaziya baş verir. O, bəzi klinik təzahürlərinə görə arterial emboliyaya bənzəyir: periferik arteriyalarda pulsasiyanın olmaması, güclü işemik ağrılar. Lakin arterial emboliyadan fərqli olaraq bu zaman ətraflar ödemli, isti və nəmdirlər. Xəstəliyin bu formasının diaqnostikasında yol verilən səhvlər arteriyalar üzərində özünü doğrultmayan əməliyyatlara gətirib çıxarır, xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır.

Göy fleqmaziya aşağı ətrafdan venoz axının tam blokadası nəticəsində baş verir. Bu zaman ayaq tünd göy rənf alır, fliktenlərlə (suluqlarla) örtülür, şişkinləşir, intoksikasiya yaranır. Prosess tezliklə aralıq nahiyəsinə keçir. Göy fleqmaziya venoz çatmamazlığın yeganə növüdür ki, ətrafın amputasiya tələb edən qanqrenasına gətirib çıxarır.

**Varikotromboflebitin müalicəsi**

**Konservativ müalicə** iltihabi və trombotik proseslərə qarşı yönəldilir: aktiv rejim (ambulator müalicə); bandaj (birinci 10-14 gün gecə-gündüz elastik bintləmə, sonra gündüzlər 2-3-cü dərəcə kompressiya).

Medikamentoz terapiya:

* qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar (QSİƏP) – diklofenak və ya oruvel (3ml gündə 2 dəfə əzələ daxilinə, sonra tablet və ya şam şəklində);
* rutin törəmələri – venoruton (300 mq gündə 4 dəfə 10-14 gün ərzində);
* yerli: fastum-gel və ya oruvel gel gündə 2 dəfə, lioton 1000 gel gündə 2 dəfə.

Varikotromboflebit yayıldıqda dezaqreqantların istifadəsi (3-4gün ərzində vena daxilinə damcı üsulu ilə reopoliqlukin 400ml) göstərişdir. Sistemli enzim-terapiya (iltihab və ödem əleyhinə, immunomodulyator təsirli, fibrinolizin aktivasiyası): 14 gün ərzində 5-10 tabletdən vobenzim. Heparinin topik forması (lioton-gel) QSİƏP-la növbələşdirilir.

Varikotromboflebit proqressivləşdikdə (prosess budun səthi venası ilə proksimal istiqamətdə yayılıb AATE təhlükəsi yaratdıqda) **cərrahi müalicə** göstərişdir.

Palliativ əməliyyatla trombun safenofemoral və ya safenopopliteal hövzədən dərin vena sisteminə keçmə təhlükəsi aradan qaldırılır. Budun böyük dərialtı venasının trombotik prosesi zamanı (qalxan tromboflebit) böyük dərialtı vena oval çüxur nahiyəsində bütün axarları bağlanmaqla 1-2 sm uzunluqda kəsilib götürülür. Tromb kütləsi ostial klapanlara qədər yayıldıqda flotasiya edən trombun 1,5-2 sm uzunluqda zirvəsi Valsalva sınağının zirvəsində uclu sıxacla çıxarılır. Əgər flotasiya edən tromb xarici qalça venasına çatırsa, trombu çıxartmazdan əvvəl trombun zirvəsindən yuxarı turniket qoyulur.

Varikotromboflebitli xəstələrin radikal cərrahi müalicəsi zamanı təkcə, tromboembolik ağırlaşmaların qarşısı alınmır, eyni zamanda tromboflebitli və varikoz genişlənmiş venalar çıxarılır, mütləq kommunikantlar bağlanır.

**VARİKOZ XƏSTƏLİYİNİN DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKASI**

Varikoz xəstəliyinin differensial diaqnostikası səthi venaların ikincili genişlənməsi ilə müşayət olunan patologiyalar (posttromboflebitik sindrom, aşağı ətrafların angiodisplaziyaları; cədvəl 1-ə bax) və limfa sisteminin xəstəlikləri ilə aparılır.

**Aşağı ətrafların venoz displaziyaları**

Angiodisplaziyalar (damar malformasiyaları) embrional inkişafın erkən differensasiya mərhələsində pozğunluq nəticəsində baş verir və hansı damar komponentinin üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq, aşağıdakı qruplara bölünür: kapillyar, arterial, venoz, arteriovenoz və limfatik. Kapillyar və venoz angiodisplaziyalar zəif qan cərəyanı pozğunluğu ilə xarakterizə olunurlar. Arterial və arteriovenoz displaziyalar isə yüksək (sürətli) qan cərəyanı pozğunluğu ilə müşayət olunurlar. Bu da ürəyin sağ yarısının həddən çox dolmasına gətirib çıxara bilir. **Venoz forma** angiodisplaziyalar zamanı dəyişikliklər müxtəlif xarakter daşıyır: dərin venaların aplaziya, hipoplaziya, stranqulyasiyası, anadangəlmə qapaq çatmamazlığı, flebektaziyası; səthi, əzələ və orqan venalarının flebektaziyası, embrional vena; səthi kapillyar damar nevusu və dərin orqan kavernozu şəklində angiomatoz.

**Arteriovenoz forma angiodisplaziyalar** *makro- və mikrofistulyoz* olmaqlaiki qrupa bölünür.Arteriola və venulalar arasındakı makrofistulaların diametri 1-5mm-ə çatır, əməliyyat zamanı aşkar edilə bilirlər. Arteriolyar səviyyədə və mikrosirkulyator şəbəkənin prekapillyar hissəsində yaranan mikrofistullar yalnız mikroskopla görünürlər. Aşağı ətraf angiodisplaziyalarının klinik təzahürlərinin müxtəlifliyi və diaqnostikasının mürəkkəbliyi ona gətirib çıxarır ki, damar malformasiyası ilə pasientlər müxtəlif profilli həkimlərə müraciət edirlər. Bəzən böyük angiomatoz nevuslar zamanı xəstələr dermatoloqda, sümük və yumşaq toxuma hipertrofiyası zamanı ortopeddə müayinə olunur, XVÇ fonunda trofiki pozğunluqlar zamanı isə irinli cərrahiyyə şöbəsində müalicə alırlar.

*Klippel-Trenon sindromu.* Klippel və trenon 1900-cu ildə uşaqlarda 3 əlaməti özündə birləşdirən simptomokompleksi təsvir etmişdir:

1. Dərialtı venaların varikoz genişlənməsi.
2. Dəridə damar və ya piqment ləkələri.
3. Ətrafın hipertrofiyası (uzanma və qalınlaşması).

Yuxarıda təsvir edilmiş triadadan əlavə hipertrixoz, hiperhidroz, dəridə trofiki dəyişikliklər kimi klinik əlamətlər də təzahür edə bilər.

Səbəbi: aplaziya və hipoplaziya, kənardan embrional elementlər, anomal əzələlər və abberant arteriyalarla sıxılma nəticəsində dərin venaların keçiriciliyinin pozulması.

Diaqnostika: fleboqrafiya və ultrasəs tripleks skaner müayinəsində dərin venaların keçiriciliyinin pozulması və ya okklyuziyası.

Müalicəsi yalnız cərrahidir: aplaziya və hipoplaziya zamanı şuntlama və ya plastika, kənardan sıxılma zamanı isə sıxılma səbəbinin aradan qaldırılması həyata keçirilir.

*Parks-Veber-Rubaşov sindromu.* Kliniki olaraq Klippel-Trenon sindromuna oxşardır: eyni simptomlar triadası müəyyən olunur. Fərqləndirici cəhətləri bunlardır: dərialtı venaların pulsasiyası, horizontal vəziyyətdə venaların boşalmaması, genişlənmiş venoz düyünlər üzərində dəri hərarətinin yüksəlməsi, taxikardiya;

Səbəbi – anadan gəlmə arteriovenoz fistullar.

Diaqnostika: Dobrovolskaya-Nikolanidi simptomu – magistral arteriyanı sıxdıqdan sonra nəbzin azalması; venoz qanda oksigenləşməsinin artması; fonoangiometriya zamanı patoloji əlaqə nahiyəsində sistolo-diastolik küy; angioqrafiyada – arteriya və venaların eyni zamanda dolması; ultrasəs tripleks müayinədə - qan cərəyanı sürətinin, xüsusilə də, diastolik sürətin yüksəlməsi.

Müalicəsi yalnız cərrahidir: fistulların ləğvi.

**Posttromboflebitik sindrom**

Posttromboflebitik sindrom (PTFS; sinonim – posttrombotik sindrom) – dərin venaların kəskin trombozunun son mərhələsində inkişaf edən və xroniki venoz çatmamazlıqla (XVÇ) təzahür edən simptomokompleksdir. Travma, cərrahi əməliyyat, doğuş, infeksiya, uzun müddət yataq rejimində olma, piylənmə ilə əlaqəli baş verən venoz trombozun kəskin fazası ağır flebostazın inkişafı ilə müşayət olunur. 3-4-cü həftənin sonunda magistral venalarda kəskin trombəmələgəlmə prosessi trombun evolyusiyası ilə əvəz olunur: trombun venoz divara adgeziyası, hissəvi plazmatik və leykositar lizislə retraksiyası, fibroblastların artması, trombotik kütlənin rekanalizasiya və revaskulyarizasiyası baş verir. Bu da magistral venanın mənfəzinin (keçiriciliyinin) qismən bərpasına gətirib çıxarır. Qeyd etmək lazımdır ki, bu prosess venaların qapaq apparatının tam dağılması ilə müşayət olunur. Sonda dərin və kommunikant venalarda üzvi qapaq çatmamazlığı yaranır. Bu şəraitdə qanın geri axınının çox hissəsi səthi venoz sistemin üzərinə düşür və səthi venaların ikincili varikoz genişlənməsi baş verir.

XVÇ-a xas olan venoz hipertenziya - kapillyarlardan baldırın dərialtı toxumasına keçən plazma həcminin artmasına, ödem və toxumaların hipoksiyasına gətirib çıxarır. Venoz staz şəraitində aktivləşmiş leykositlər kapillyarların endotelinə fiksə olunaraq daha sonra toxumalara miqrasiya edirlər. Burda onlardan toksiki komponentlər olan sitokinlər, leykotrienlər, oksigenin sərbəst radikalları, proteolitik fermentlər («leykositar aqressiya» faktorları) azad olur. Davam edən iltihabi reaksiya və mikrosirkulyasiya pozğunluğu (açıq arteriovenoz anastomozlar) toxuma mübadiləsindəki pozğunluqları dərinləşdirərək, trofiki dəyişikliklərə səbəb olur. Arteriovenulyar şuntların uzun müddət fəaliyyət göstərməsi və onlardan keçən arterial qanın həcminin artması kapillyarların boşalması və mikrosirkulyator şəbəkənin reduksiyası ilə nəticələnir. Çoxlu miqdarda interstisial mayenin toplanması limfa sisteminə düşən yükü artırır. Ancaq limfa sistemi venoz kapillyarların əsas funksiyasını (suyun reabsorbsiyasımı) tam əvəz edə bilmir. Həddən artıq yüklənmiş limfa sistemi hüceyrəarası sahədən zülal molekulları və onların fraqmentlərinin evakuasiyasını tam yerinə yetirə bilmir. Limfa dövranında olan pozğunluqlar ödemin daha da artmasına, toxumalarda antigen xüsusiyyətinə malik denaturasiyaya uğramış zülalların və toxuma mübadiləsi məhsullarının toplanmasına səbəb olur. Qan dövranına düşən antigenlər orqanizmi sensibilizə edir. Bu fonda medikamentoz poliallergiya baş verir. Allergiyanın xarakteri yüngül dəri təzahürlərindən (qaşınma, islanma, ekzema, dermatit) ağır anafilaktik vəziyyətə qədər müxtəlif ola bilir.

Yerli allergik reaksiyalar sağalma prosessini pisləşdirirməklə yanaşı, xoranın ölçülərinin artmasına, aparılmış müalicə nəticələrinin itirilməsinə gətirib çıxarır. Venoz və limfatik staz, dərinin baryer funksiyasının pozulması zamanı, hətta, kiçik bir mikrotravmadan (sıyrıntı, cızılma, həşərat dişləməsi) sonra infeksiyanın yayılması üçün əlverişli şərait yaranır. Trofiki xoranın bakterial kontaminizasiya və kolonizasiyası, daha sonra kəskin indurativ sellyulitin inkişafı, xoranın ümumi sahəsinin artması və dərinləşməsi - sistem iltihabi reaksiyalarla müşahidə oluna bilər.

PTFS-lu xəstələrdə aşağı ətrafın xarici cizgilərində xarakterik dəyişikliklər olur. Baldırın aşağı 1/3-də dərialtı toxumalarda fibroz iltihab (sellülit, pannikulit), ekzema, bəzən sirkulyar xora yaranır. Topuqdan üstdə qonur və ya tünd qəhvəyi rəng almış dəri kəskin bərkləşir, altda yerləşən toxumalara nəzərən hərəkətsiz olur. Bu - pansir fibroz adlanır. Qarışıq forma PTFS zamanı toxumalarda ödem baldırın proksimal hissələrində olur, baldırda «tərsinə çevrilmiş şampan şüşəsi» şəklində xarakterik deformasiya yaranır. Bu və ya digər simptomların üstünlüyündən asılı olaraq PTFS-un aşağıdakı klinik formaları var: ödemli-ağrılı, varikoz, xoralı və qarışıq.

**Limfa sisteminin xəstəlikləri**

Aşağı ətrafların istənilən ödemi limfa sistemində çatmamazlığı göstərir. Bəzi müəlliflərin fikrincə «təmiz» venoz ödemlər olmur. Hətta, dərin venaların okklyuzion trombozu zamanı dərialtı toxumaya maye toplanmaya bilər. Əksinə, limfostaz nəticəsində dərialtı venaların bir qədər genişlənməsinə görə təcrübəsiz cərrah operativ əməliyyat qərarına gələ bilər. Əgər ödem varsa, «əsl» varikoz xəstəliyi zamanı operativ müdaxilə minimal travma ilə aparılmalıdır. Belə ki, dərialtı piy qatında aparılan istənilən manipulyasiya limfa axınının daha çox pozulmasına gətirib çıxarır. Ödemi venoz durğunluq nəticəsində ətrafın böyüməsindən ultrasəs dupleks skaner müayinəsinin köməyi ilə fərqləndirmək olur: limfostaz zamanı dərialtında maye toplantısı görünür.

**Cədvəl 1.** Varikoz sindromunun differensial-diaqnostik kriteriləri.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Simptom** | **Varikoz xəstəliyi** | **Posttromboflebitik xəstəlik** | **Anadangəlmə venoz displaziya** |
| Xəstəliyin başlanması | Ən çox 20-40 yaşlarda | ən çox 40-70 yaşlarda | Uşaq yaşlarda |
| Venaların varikoz genişlənməsi | Çox vaxt böyük dərialtı vena sistemində | Xəstəlik başlayandan bir neçə ay sonra kiçik və böyük dərialtı vena sistemində meydana çıxır | Uşaq yaşlarında budun və baldırın lateral səthində meydana çıxır |
| Qarnın ön divarında qasıqüstü nahiyədə varikoz | Rast gəlinmir | Çox rast gəlinir | Çox rast gəlinir |
| Ödem | Xəstəlik başlayandan 10-15 il sonra meydana çıxır, ətrafın distal hissələrində lokalizə olunur. Axşama yaxın baş verir və səhərlər gecə istirahətindən sonra keçir | Xəstəliyin ilk əlaməti çox vaxt budda və baldırda lokalizə olunur. Gecə istiraətindən sonra itmir | Uşaq yaşlarında və ya bir qədər sonra yaranır. Çox vaxt distal hissələrdə lokalizə olunur, daimi xarakter daşıyır |
| Baldır əzələlərində ağırlıq, gərginlik, ağrı hissiyyatı | Çox vaxt xəstəlik başlayandan 3-5 il sonra müşahidə olunur, statik vəziyyətdə (ayaqüstə və oturaq) güclənir, gəzdikdə azalır və itir. | Xəstəliyin ilk həftələrində yaranır, gəzdikdə güclənə bilir | Çox rast gəlinir, yeniyetmə və ya gənc yaşlarda meydana çıxır |
| Trofiki pozğunluqlar | Varikoz venalar yarandıqdan 5-10 il sonra inkişaf edirlər, zəif proqressivləşirlər, çox vaxt baldırın aşağı 1/3-nin medial səthində lokalizə olunurlar | Xəstəlik başlanandan 3-5 ilsonra, çox vaxt varikoz venaların təzahüründən əvvəl inkişaf edir, sürətlə proqressivləşir. Çox vaxt sirkulyar xarakter daşıyır | Nadir nallarda rast gəlinir, 30 yaşdan sonra meydana çıxır, çox vaxt baldırın lateral səthində lokalizə olunur |
| Anadangəlmə piqment ləkələri | Rast gəlinmir | Rast gəlinmir | Xəstələrin 90%-dən çoxunda qeyd olunur |
| Ətrafda anatomik-morfoloji dəyişikliklər | Rast gəlinmir | Rast gəlinmir | Patologiyalı ayaq sağlama nisbətən 2-5 sm uzundur, akromeqaliya, hipertrixoz xarakterikdir. |

**MÜALİCƏSİ**

Varikoz xəstəliyinin bütün müalicə tədbirləri qan axınının bərpasına və yaxşılaşmasına, xroniki venoz çatmamazlığın və onun ağırlaşmalarının profilaktikasına, xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına yönəldilməlidir.

*CEAP klassifikasiyasına görə müxtəlif dərəcəli XVÇ-lı xəstələrin konservativ müalicəsi:*

**0 dərəcə:** əmək və istirahətin səmərəli təşkili, profilaktik kompression trikotajın (1-ci dərəcə kompression trikotaj) istifadəsi.

**I dərəcə:** 1-2-ci dərəcə kompression trikotaj, flebotoniklərlə qısa müddətli müalicə kursları, kosmetik göstərişlərlə skleroterapiya.

**II dərəcə:**2-ci dərəcə kompressiyon trikotaj, təkrar kurslarla farmakoterapiya, fizioterapiya, sanator-kurort müalicəsi.

**III dərəcə:** fasiləsizkombinə olunmuş farmakoterapiya, yerli müalicə və fizioterapiya ilə 2-ci və 3-cü dərəcə kompression trikotaj.

Xəstəliyin ilk inkişaf dövründən başlayaraq onun proqressivləşməsinin və ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədi ilə medikamentoz terapiya aşağıdakı preparatlarla aparılır:

1. Venaların elastikliyinin bərpası, toxumaların qidalanması və qanın mikrosirkulyasiyasını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə tabletka, kapsul və damcı şəklində venotoniklər: detraleks, qlivenol, venolast, vazobral, venoruton, flebodia, askorutin, eskuzan;
2. Məlhəm, krem şəklində venotoniklər: troksevazin, essaven, venolast;
3. Tromb əmələ gəlmənin qarşısını almaq məqsədi ilə antikoaqulyantlar: heparin, aspirin. Paralel olaraq heparin və lioton 1000 geldən yerli istifadə edilir;
4. Antiaqreqantlar: persantin, trombonil, kurantil;
5. Venoz trofiki yaralar inkişaf etdikdə pentoksifillin, preduktal, aktovegin, anginin təyin edilir;

Qaşınma baş verdikdə qısa kurslarla antihistamin preparatlar tövsiyyə edilir. Enzim preparatlarının qəbulu məsləhətdir.

Kompression terapiya xəstəliyin ilk mərhələsindən başlayır və demək olar ki, bütün həyatı boyu davam edir. Bu həm xəstəliyin özünün, həm də onun ağırlaşmalarının profilaktikasının əsasını təşkil edir. Kompression terapiya XVC-ın patogenezinin bir cox mexanizminə təsir göstərir: patoloji venoz həcmi azaltmaqla dərin venalarda qan axınını sürətləndirir, venoz reflüksü azaldır və ya aradan qaldırır, mayenin interstitsial sahədən mikrosirkulyator şəbəkənin venoz hissəsinə rezorbsiyasını artırır, toxuma aktivatoru olan plazminogenin istehsalını artırmaq hesabına qanın fibrinolitik aktivliyini gücləndirir. Bu müalicə elastik bintlər, elastik tibbi trikotaj, pnevmokompressiya ilə həyata keçirilir. Pnevmokompressiya fizioterapevtik proseduradır, kurslarla aparılır və əks göstərişlərə malikdir.

Xoşagəlməyən kosmetik görünüşünə görə elastik bintlər, əsasən, əməliyyatdan sonrakı dövrdə və dəridə trofiki venoz dəyişikliklər zamanı istifadə olunur. Qalan hallarda elastik tibbi trikotaj (elastik varis corabları) işlədilir.

Skleroterapiya, əsas invaziv müalicə vasitəsi kimi, xəstəliyin 1-ci mərhələsində istifadə olunur. Skleroterapiya – venaların mənfəzinə onun endotelial qatının tamlığını pozan maddələrin, başqa sözlə, sklerozantların yeridilməsindən ibarət olan müalicə üsuludur. Bizim eramızdan əvvəl Hippokratın işlərində varikoz venanın məşhur Plantus orientalis – Hippokrat ağacının tikanı ilə punksiyası nəticəsində iltihabı və obliterasiyası təsvir olunub. İlk dəfə skleroterapiyanı 1853-cü ildə Şassenyak təklif etmişdir. Sklerozlaşdırıcı preparatlara trombovar, 20%-li NaCl məhlulu, 60-75%-li qlükoza məhlulu, etoksisklerol, fibroveyn aiddir.

Magistral venaların yan şaxələrinin skleroterapiyası venaların diametrindən asılı olaraq müxtəlif qatılıqlı sklerozantlarla aparılır. Müalicənin effektivliyi göstərişin seçimindən, aparılma üsulundan və istifadə olunan sklerozantdan asılıdır.

Skleroterapiyaya göstərişlər: retikulyar venalar və teleangioektaziyalar, magistral vena şaxələrinin izoləolunmuş varikozu, flebektomiyadan sonra çıxarılmamış venalar.

Skleroterapiyaya əks göstərişlər: ağır sistem xəstəliklər, dərin və səthi venaların trombozu, az hərəkətli xəstələr, allergik diatezlər, laktasiya dövrü, trombofiliya, piylənmə, damardaxılı inyeksiyaya nəzarətin mümkünsüzlüyü.

Mikroskleroterapiya – retikulyar varikoz və teleangioektaziyalar zamanı nazik iynələr və aşağı qatılıqlı preparatlarla aparılır. Sklerozlaşdırıcı preparata qənaət məqsədi ilə Foam-form skleroterapiyadan istifadə oluna bilər. Bunun üçün yüksək qatılıqlı sklerozantdan kiçik dispersli köpük hazırlanır.

Flebosklerozlaşdırıcı preparatın vena daxili yeridilməsinə tam nəzarət üçün exoskleroterapiya istifadə edilir. Bu zaman venanın punksiyası və sklerozantın yeridilməsi ultrasəs müayinə altında aparılır.

Sklerozant yeridildikdən sonra venanın həmin hissəsi lokal kompressiya edilir, aşağı ətraf elastik bintlə orta dərəcədə sıxılaraq bintlənir. Dərin vena qapaqlarının zədələnməməsi və trombotik ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə xəstəyə 2 saat gəzmək məsləhət görülür.

Teleangioektaziyanın digər alternativ müalicə üsulları – lazerokoaqulyasiya, elektrokoaqulyasiya, fonodermatoterapiya, krioterapiya – az effektli olub, yaxın müalicədən sonrakı dövrdə yüksək faizli ağırlaşmalar verir.

*Cərrahi müalicə*

VX-nin müalicəsində əsas vəzifə: a) patoloji reflyuksun aradan götürülməsi;

b) varikoz genişlənmiş dərialtı venaların çıxarılması.

Cərrahi müalicəyə mütləq əks göstəriş – aşağı ətrafların dərin venalarının kəskin trombozu və ya okklyuziyasıdır.

Safeno-femoral vertikal reflüksün ləğvi üçün böyük dərialtı venanın əsas magistralı bud venasına töküldüyü yerdən bu nahiyəyə tökülən axarlar kəsilməklə bağlanılır (Troyanov-Trendelenburq əməliyyatı). Bu əməliyyat 1991-ci ildən ingilis ədəbiyyatlarında *krossektomiya* kimi yazılır. Böyük dərialtı vena küdülünün uzun saxlanılması yaxın əməliyyatdansonrakı dövrdə onun trombozu və ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyasının inkişafına, uzaq əməliyyatdansonrakı dövrdə isə xəstəliyin residivinə gətirib çıxara bilər. Bu mərhələdə iki böyük venanın: medial və lateral əlavə venaların ayrılaraq qismən kəsilməsi vacibdir (onların saxlanılması da residivə səbəb ola bilir).

Safenopopliteal vertikal reflüksün ləğvi zamanı kiçik dərialtı vena dizaltı venaya açıldığı yerdə kəsilib bağlanılır.

Horizontal reflüksün ləğvi üçün perforantlar baldırda epifassial (Kokett üsulü) və ya subfassial (Linton üsulu) bağlanılır. Dəridə trofiki dəyişikliklər zamanı kokett perforantlarının bağlanılması üçün dəyişilməmiş toxumalar sahəsindən xüsusi kəsiyin aparılması tələb edilir. Dəri, dərialtı toxuma və baldır apanevrozunun dizaltı çüxurdan baldırın arxa-orta xətti boyunca aşağıya doğru kəsilməsi ilə (Felder kəsiyi ilə) aparılan əməliyyat, həmçinin, videoendocərrahiyyə texnikası bu tələbə cavab verir. Videoendocərrahi üsul zamanı perforant venaların klipslənməsi və koaqulyasiyası üçün endoskop trofik dəyişikliklərdən kənar dəri kəsiyindən yeridilir. Bu da pasientlərin əməliyyatdansonrakı reablitasiyasını sürətləndirir.

Varikoz genişlənmiş böyük dərialtı venanı çıxartmaq üçün Qrizendi və ya Bebkok zondu oval çüxur nahiyəsindən baldırın orta və ya aşağı 1/3-dək onun mənfəzinə yeridilir. Zond həmin nahiyədə aparılmış ayrıca xırda dəri kəsiyindən dartılıb çıxarılır (Bebkok əməliyyatı). Çox qıvrılmış varikoz genişlənmiş venalar 1-2 sm dəri kəsiklərindən götürülür (Narat üsulu). Varikoz genişlənmiş venaların çıxarılması üçün son zamanlar uğurla miniflebektomiya (və ya mikroflebektomiya) istifadə edilir. Bu üsulun müəllifi şvetsariyalı dermatoloq Robert Müller sayılır. O 1966-cı ildə miniflebektomiyanın texnikasını nəşr etdirmişdir. Miniflebektomiya - magistral venaların yan şaxələrinin Narat üsulu ilə çıxarılmasının alternatividir. Bu zaman varikoz genişlənmiş venalar 2-3 mm-lik dəliklərdən xüsusi qarmaqlar vazitəsilə çıxarılır, venalar bağlanmır, hemostaza kompressiya sayəsində nail olunur, dəridəki defektlər çox kiçik olduğundan tikişlər qoyulmur. Miniflebektomiya üsulu isə varikoz genişlənmiş venaların 2-3 mm-lik dəliklərdən qarmaqlar vazitəsilə çıxarılmasıdır. Bu zaman dəridəki defektlər çox kiçik olduğundan tikişlər qoyulmur.

Çox vaxt böyük dərialtı venanın magistral şaxəsinin çıxarılması əvəzinə, onun mənfəzinə fibroveyn, trombovar, etoksisklerol yeritməklə əməliyyatdaxili skleroterapiyadan istifadı olunur. VX zamanı magistral kateter skleroterapiyası bütün veno-venoz reflyukslar aradan qaldırıldıqdan sonra aparıla bilər.

Bebkok əməliyyatinin alternativi böyük dərialtı venanın az invaziv üsullarla – venadaxili kateterlə obliterarasiyasıdır. Bunlar iki qrupa bölünürlər: venadaxili termiki kateter üsulları və venadaxili qeyri-termiki kateter üsulları. Birinci qrupa endovenoz lazer obliterasiyası, endovenoz radio tezlikli dalğalarla obliterasiya, qaynar buxar üsulu (SVS – Steam Vein Sklerosis) və ya venaların buxarla sklerozlaşdırılması aiddir. Qeyri-termiki üsullara – yəni yüksək temperaturun köməyi olmadan həyata keçirilən obliterasiya üsullarına mexanokimyəvi ablasiya (ClariVein) və VenaSeal aiddir. Mexanokimyəvi ablasiya zamanı vena mexaniki təsir və skleroterapiyanın birgə istifadəsi ilə obliterasiya edilir. VenaSeal üsulu zamanı isə vena ani təsir göstərən yapışqanla yapışdırılır. Venadaxili kateter üsulları ilə müalicədən sonra orqanizm uzun müddət obliterasiya olunmuş venanı rezorbsiya edir.

Hazırda venadaxili kateter üsullarından ən çox istifadə olunanı endovenoz lazer ablasiyası və endovenoz radiotezlikli dalğalarla ablasiyadır. Bu üsullara olan göstərişlər aşağıdakılardır: 1) BDV və ya KDV-nın 15mm-dən çox olmayan genişlənməsi; 2) az sayda varikoz genişlənmiş axarların olması; 3) BDV və ya KDV magistralının düz gedişi; 4) baldırda trofiki pozğunluqlar. Sonuncu göstərişə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Belə ki, perforantların endovenoz lazer ablasiyası öz etibarlılığına görə onların açıq və ya endoskopik disseksiya yolu ilə bağlanmasından geri qalmır. Əksinə, az travmatikliyinə görə onlardan üstündür.

Endovenoz lazer obliterasiyasına və radiotezlikli dalğalarla ablasiya üsullarına mütləq əks göstəriş – dərin venaların kəskin trombozudur. Nisbi əks göstərişlər isə 2 qrupa bölünür: ümumi və yerli xarakterli.

*Ümumi xarakterli nisbi əks göstərişlər*: trombofiliya; hamiləlik və ya birinci növbədə müalicə tələb edən digər yanaşı xəstəliklər; əməliyyatdan sonra adekvat kompressiyanın yaradılması mümkün olmayan, piylənmədən əziyyət çəkən xəstələr; əməliyyatdan sonra aktivləşdirilmənin qeyri-mümkünlüyü. *Yerli xarakterli nisbi əks göstərişlər:* BDV-nın əsas magistralının 15mm-dən çox genişlənməsi; əməliyyat sahəsində iltihab oçaqlarının olması; əvvəllər magistral kateter skleroterapiyasının aparılması.

**Əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı mümkün ağırlaşmalar:** qanaxma, bud venasının zədələnməsi, dərin venaların əməliyyatdan sonrakı trombozu, yaraların iltihabı ağırlaşmaları, elastik bintləmədə səhvlər, sinir və limfa damarlarının zədələnməsi.

**Əməliyyatdan sonrakı dövr.** VX-nin istənilən invaziv növ müalicəsindən sonra trombotik ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə xəstənin erkən aktivləşdirilməsi, aşağı ətrafların elastik kompressiyası vacib şərtlərdəndir. Göstəriş olduqda profilaktik antibiotikoterapiya aparıla bilər. Xəstələrin 92%-də tam sağalma, 8%-də residiv qeyd olunur.

**PROFİLAKTİKA**

Varikoz xəstəliyinin profilaktikasına kompleks yanaşma aşağıdakıları nəzərdə tutur:

1. Müəyyənləşdirin, kimlərə profilaktika lazımdır? VX-nin inkişafına görə spesifik profilaktikaya ehtiyacı olan əsas risk qrupuna aşağıdakı şəxslər daxildir: VX-nə irsi meyllilər; yumurtalıqların dishormonal xəstəliklərindən əziyyət çəkən qadınlar, hamilələr; ağır fiziki işlə məşğul olanlar, uzun müddət ayaq üstə durma və ya oturma kimi həyat tərzi keçirən şəxslər; yüksək dabanlı ayaqqabı geyməyi, qaynar hamam və sauna, spirtli içkiləri xoşlayanlar; «ağır ayaqlar» sindromundan əziyyət çəkənlər.
2. Düzgün ataqqabı seçimi: ayaqqabı pəncə və baldırları sıxmamalı, həddən artıq sərbəst olmamalıdır; yüksək və nazik kabluklardan istifadə etməməli – optimal hündürlük 4-5 sm-dir; tərlik-supinatorlardan istifadə etməli; daima dabansız – yastı ayaqqabılarda gəzməmək.
3. Düzgün iş seçimi: qarın divarına və aşağı ətraflara fiziki gərginliklə əlaqəli ağır işlərdən çəkinmək və ya belə işləri minimumlaşdırmaq; 2-3 saatdan çox hərəkətsiz ayaqüstə və oturaq vəziyyətdə olmamaq; ağır atletika və ya digər güc tələb edən məşğuliyyət əks göstərişdir.
4. Aktiv olun. Hipodinamiya varikoz xəstəliyinin inkişafına kömək edir. Hipodinamiyaya qarşı mübarizə məqsədi ilə səhər idmanı ilə məşğul olun, təmiz havada gəzin, baldır və pəncə hərəkətləri ilə bağlı idmanla (gəzmək, qaçış, üzgüçülük, velosiped sürmək, aerobika) məşğul olun. Ancaq istirahəti yaddan çıxarmamalı – gün ərzində 8 saata qədər yatın, aktivlik və sakitlik dövrlərini növbələşdirin.
5. Çəkinin normallaşdırılması və düzgün qidalanma. Piylənmədən əziyyət çəkənlərin aşağı ətrafları yüksək ağırlığa məruz qalırlar. Çəkinin azalması ayaq venalarına düşən gündəlik gərginliyi azaldır. Çəkinin azaldılması məqsədi ilə aşağıdakı tövsiyyələrə əməl edilməlidir: heyvani mənşəli yağlı qidaların (donuz və qoyun əti, ördək əti, xama, yumurta) və asan həzm olunan karbohidratların (ağ çörək, piroqlar, tortlar) qəbulunu məhdudlaşdırmaq; kəskin və ədviyyatlı yeməklərdən imtina etmək; gündəlik rasionu bitki mənşəli qidalarla (tərəvəzlər, meyvələr, bitki yağları) zənginləşdirməli.
6. Zərərli adətlərə «yox» deməli. Ən geniş yayılmış zərərli adətlər – siqaret çəkmək və çoxlu alkoqol qəbulu özlüyündə venaların varikozunu yaratmır, lakin digər provokasiya edici faktorlarla birlikdə onun baş verməsinə və proqressivləşməsinə səbəb olur.
7. Ayaqlara drenləşdirici massaj etməli. Drenləşdirici massajın mahiyyəti – qanın səthi və dərin venaları ilə axınını yaxşılaşdırmaqdır. Bunu hər kəs özünə də edə bilər. Özünə drenləşdirici massajın elementar qaydaları: oturaq vəziyyətdə ayaqları diz oynağında bükərək, pəncəni oturulan səthlə eyni səviyyədə qoymalı; sığıyıcı (sürtücü) hərəkətlə pəncə barmaqlarından diz oynağı istiqamətində dəri və əzələləri masaj etməli; pəncəni həriki əllə elə tutmalı ki, bu zaman baş barmaqlar ayaq arxası, digər barmaqlar isə daban səthində yerləşsinlər; barmaqların əhatə etdiyi seqmenti sıxaraq, onları yuxarı doğru hərəkət etdirməli – yeni sahəyə keçdikdə bu sahəni bir neçə saniyə ərzində yumşaq sıxmalı, sonra əlləri boşaldaraq yuxarı keçməli; barmaqlarla dabanın yan səthlərini bir neçə saniyə sıxmalı, sonra barmaqları boşaldaraq axil vətərinin və baldır əzələlərinin yanları boyunca diz istiqamətində yerlərini dəyişmək; baldırı hər iki əllə aşağıdan yuxarıya doğru sığallamaq. Özünü masaj orta hesabla 10 dəq davam edir. Bundan sonra 3-5 dəqiqə ayaqları maksimum yuxarı qaldırmalı.
8. Kompression trikotajdan istifadə etməli. Kompression trikotaj individual seçilməli, səhər yuxudan duranda geyinilməli, iş gününün axırında çıxarılmalıdır.
9. Bəzən dərman qəbulu lazımdır. Medikamentoz profilaktika yüksək risk qrupundan olan şəxslərə göstərişdir.

*Varikoz xəstəliyinin ən başlıca risk faktorları irsi meyllilik, hamiləlik və qadınlarda dishormonal pozğunluqlardır. Digər faktorlar sərbəst olaraq varikoz xəstəliyi törətməyə qadir deyillər, ancaq əsas faktorlarla birlikdə onun baş verməsini sürətləndirir, gedişini ağırlaşdırırlar.*

Sonda qeyd etmək lazımdır ki, qravitasiya şəraitində yaşayan insan - həyatının çox hissəsini vertikal şəraitdə keçirdiyindən, xoşa gəlməyən ekoloji, bioloji və digər faktorların təsirinə məruz qaldığından - venoz patologiyanın inkişafının risk qrupuna daxildir. Ona görə də varikoz xəstəliyi profilaktik təbabətin daimi maraq dairəsində olmalıdır.

**YEKUN**

Bizim hər birimiz dərk etməliyik ki, varikoz təkcə, insanların xarici görünüşünə və həyat keyfiyyətinə təsir edən yox, eyni zamanda həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalarla müşayət olunan xəstəlikdir. Müasir dövrdə aşağı ətrafların varikoz xəstəliyini vaxtında aşkara çıxarmaq üşün bütün lazımi şərait var. Bu da xəstəliyin mərhələ və formasından, xroniki venoz çatmamazlığın dərəcəsindən asılı olaraq səmərəli müalicə aparmağa imkan verir.

Müasir şəraitdə trofiki yaraların, varikotromboflebitin və VX-nin digər ağırlaşmalarının inkişafı - müalicəvi-profilaktik tədbirlərin qeyri-qənaətbəxş səviyyəsi və ixtisaslı həkim yardımının çatışmazlığı kimi dəyərləndirilir.

**Dərsin mövzusu üzrə nəzarət sualları**

1. Venaların varikoz genişlənməsi. Anlayış. Etiologiya. Epidemiologiya.
2. VX-nin kliniki təzahürləri.
3. VX-nin kliniki və instrumental diaqnostika üsulları, alınmış məlumatların dəyərləndirilməsi.
4. Venaların qapaq apparatı vəziyyətinin diaqnostikası üçün funksional sınaqlar.
5. VX-nin konservativ müalicəsi.
6. VX zamanı cərrahi əməliyyata göstərişlər.
7. VX zamanı əməliyyatların növləri.
8. Vx-nin müalicəsinin yeni texnologiyalarla müalicəsi.
9. Əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması.
10. VX-nin profilaktikası.

TEST SUALLARI

1. Aşağı ətrafların dərin venalarının keçiriciliyini yoxlamaq üçün istifadə olunan sınaqları göstərin.

A) Pratta I, Delbe –Pertes sınaqları.

B) Troyanov-Trendelenburq, Qakkenbrux, Şvars sınaqları.

C) Şeynis, Talman sınaqları.

D) Troyanov-Trendelenburq, Pratta-2 sınaqları.

E) Şvars, Qakkenbrux, Şeynis, Pratta-2 sınaqları

2. Səthi venaların klapan çatmamazlığını aşkar edən sınaqları göstərin.

A) Pratta-1, Delbe-Pertes sınaqları.

B)Troyanov-Trendelenburq, Qakkenbrux, Şvars-Mak Keliq-Heyerdal sınaqları.

C) Şeynis, Pratta-2 sınaqları.

D) Talman, Troyanov-Trendelenburq sınaqları.

E) Şvars-Mak Keliq-Heyerdal, Şeynis, Pratta-2, Qakkenbrux sınaqları.

3. Perforant venaların çatmamazlığını aşkar edən sınaqlar hansılardır?

A) Pratta-1, Delbe-Pertes sınaqları.

B) Troyanov-Trendelenburq, Qakkenbrux, Şvars-Mak Keliq-Heyerdal sınaqları.

C) Şeynis, Talman, Pratta-2 sınaqları.

D) Şeynis, Troyanov-Trendelenburq, Delbe-Pertes sınaqları.

E) Şvars-Mak Keliq-Heyerdal, Pratta-2, Qakkenbrux sınaqları.

4. Aşağı ətrafların hipertrofiyası, səthi venaların varikoz genişlənməsi, hemangiomalar, piqment ləkələri ilə təzahür edən magistral dərin venaların inkişaf anomaliyası belə adlanır:

A) Klippel-Feyl sindromu.

B)Klippel-Trenonsindromu.

C) Kryuvel-Baumqarten sindromu.

D) Parks-Veber-Rubaşov sindromu.

E) Nonna-Milroy sindromu.

5. Aşağı ətrafların varikoz xəstəliyinin inkişafında iştirak edən faktorları söyləyin: 1) aşağı ətrafların venoz sistemindən qan axınının çətinləşməsi; 2) qanın dərin venalardan perforantlar vasitəsi ilə səthi venalara keçməsi; 3) dərin venaların nisbi qapaq çatmamazlığı; 4) sistemli arterial hipertenziya; 5) ostial klapanların çatmamazlığı.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin: A)1, 2, 3 və 5; B) 1, 2 və 3; C) 2, 3, 4 və 5; D) hamısı düzgündür; E) heç biri düzgün deyil.

6. Aşağı ətrafların səthi venalarını göstərin: 1) böyük dərialtı vena; 2) səthi bud venası; 3) dizaltı vena; 4) kiçik dərialtı vena; 5) kommunukant venalar.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin: A) 1, 5; B) 1, 2 və 3; C) 2, 4 və 5; D) 3, 4; E) 1, 4.

7. Sağlam adamın venalarında təzyiq nə qədər olur?

A) 10-60 mm su st.

B) 70-120 mm su st.

C) 120-200 mm su st.

D) 20-300 mm su st.

E) 300-500 mm su st.

8. CEAP klassifikasiyasına görə varikoz xəstəliyinin neçə klinik sinfi var?

A) 3;

B) 5;

C)6;

D) 2;

E) 7.

9. Vertikal reflyüksün ləğvi üçün aparılan əməliyyatları söyləyin:

A) Kokket əməliyyatı;

B) Narat əməliyyatı;

C) Troyanov-Trendelenburq əməliyyatı;

D) Bebkokk əməliyyatı;

E) Linton əməliyyatı.

10. Horizontal reflyüksün ləğvi üçün icra edilən əməliyyatları söyləyin:

A) Troyanov-Trendelenburq;

B) Narat;

C) Narat, Linton;

D) Sokolov-Topprover;

E) Kokket, Linton, perforantların videoendoskopik disseksiyası.

11. Aşağı ətrafların varikoz xəstəliyini hansı xəstəliklərlə differensasiya etmək lazımdır? 1) aşağı ətrafların posttrombotik xəstəlikləri ilə; 2) dərin venaların inkişaf qüsurları ilə; 3) kəskin limfanqoit ilə; 4) anadangəlmə arterio-venoz fistullar ilə; 5) kəskin ileofemoral venoz tromboz ilə.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin:

A) 1, 2 və 4;

B) 1, 3 və 4;

C) 1 və 5;

D) 2, 3 və 5;

E) hamısı düzgündür.

12. Hansı aşağı ətrafların varikoz xəstəliyinin simptomu deyil?

A) günun axırında ətrafların distal hissələrinin ödemi;

B) ayaqlarda gecələr qıcolma;

C) gəzdikdə baldır əzələlərində kəskin ağrılar (fasiləli axsama);

D) baldırın aşağı 1/3-nin dərisində trofiki pozğunluqlar;

E) varikoz genişlənmiş venaların olması.

13. Aşağıətrafların varikoz xəstəliyinin ağırlaşmalarını sayın: 1) kəskin tromboflebit; 2) varikoz düyünlərdən qanaxma; 3) baldırın trofiki yarası; 4) ağ ciyər arteriyasının emboliyası; 5) filayaqlılıq.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin:

A) 1, 2 və 3;

B) 1, 2 və 4;

C) 1, 3, 4 və 5;

D) 2, 3 və 5;

E) hamısı düzgündür.

14. Varikoz xəstəliyinin yaranması hansı ilə şərtlənmir?

A) qapaq aparatının anadangəlmə pozğunluğu ilə;

B) uzun meddətli gəzinti ilə;

C) dərin venaların keçməməzliyi ilə;

D) hamiləlik ilə;

E) posttromboflebitik sindromla.

15. Nə düzgün deyil? Aşağı ətraf venalarının birincili varikoz genişlənməsi zamanı çox vaxt xəstədə tapılır:

A) deformasiyaedici artroz;

B) babasil;

C) yırtıq əmələ gəlməyə meyllik;

D) yastıayaqlılıq;

E) aşağı ətrafların teleangioektaziyası.

16. Göstərilən faktorlardan hansı olduqda venalarda tromb əmələ gəlmə prosesi mümkündür? 1) vena divarlarının zədələnməsi; 2) anadangəlmə arterio-venoz fistulların olması; 3) qanın laxtalanma qabiliyyətinin artması; 4) ürək ritmlərinin pozulması; 5) venalarda qan axınının yavaşıması.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin:

A) 1, 2 və 4;

B) 1, 3 və 4;

C) 1, 3 və 5;

D) 3, 4 və 5;

E) hamısı düzgündür.

17. Varikoz xəstəliyinin daha informativ müayinə üsulları hansılardır? 1) funksional sınaqlar; 2) kapillyaroskopiya; 3) dupleks angioskaner müayinəsi; 4) reovazoqrafiya; 5) fleboqrafiya.

Düzgün cavablar kombinasiyasını seçin:

A) 1, 5.

B) 4, 5.

C) 3, 5.

D) 2, 3.

E) 2, 5.

18. Hansı faktor əməliyyatdan sonrakı dövrdə aşağı ətraflarda venoz qan cərəyanını yaxşılaşdırmaqda istisnalıq təşkil edir?

A) erkən aktivləşmə;

B) baldırların elastik bintlə sarınması;

C) ayaqların yuxarı qaldırılmış vəziyyəti;

D) uzun müddət və ciddi yataq rejimi;

E) baldır əzələlərinin yığılması.

19. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aşağı ətrafların elastik bintlənməsinin məqsədi nədir? 1) limfostazın profilaktikasının vacibliyi; 2) ağ ciyər arteriyası tromboemboliyasının profilaktikası; 3) dərin venalarla qan cərəyanının sürətlənməsi; 4) trofik pozğunluqların profilaktikası; 5) arterial qan cərəyanına təsir göstərməyin vacibliyi.

Düzgün cavablar kombinasiyasını göstərin:

A) 1 və 2;

B) 3 və 4;

C) 4 və 5;

D) 2 və 3;

E) hamısı düzgündür.

20. Səthi venaların tromboflebiti zamanı nə məsləhət deyil?

A) Ciddi yataq rejimi;

B) qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar;

C) aşağı ğtrafların elastik bintlənməsi;

D) ayağın qaldırılmış vəziyyəti;

E) gəzmək.

**Cavablar:** 1-A; 2-B; 3-C; 4-B; 5-A; 6-E; 7-B; 8-C; 9-C; 10-E; 11-A; 12-C; 13-A; 14-B; 15-A; 16-C; 17-C; 18-D; 19-D; 20-E.

SİTUASİYA MƏSƏLƏLƏRİ

Məsələ №1.

25 yaşlı qadın sağ aşağı ətrafın baldır nahiyəsində dərialtı venaların varikoz genişlənməsindən və «damar ulduzcuqlarının» olmasından ibarət şikayətlərlə müraciət edib. Baxış zamanı sağ aşağı ətrafda baldır nahiyəsində böyük dərialtı vena sistemində dərialtı venaların seqmentar genişlənməsi, dizaltı sahədə və budun xarici səthində retikulyar varikoz aşkar edildi.

Xəstəyə hansı müayinələrdən keçmək məsləhətdir? Müalicə planı?

Məsələ №2

8 yaşlı qız, şikayətləri sol ayaqda varikoz genişlənmiş venaların olmasından, ətrafın ödemindən, ödemin fiziki gərginlik zamanı artmasındandır (anadangəlmə xəstədir). Baxış zamanı sol budun bayır səthində, dizaltı nahiyədə və pəncədə dərialtı venaların genişlənməsi aşkar edildi. Budun və baldırın dairəsi kontrlateral ayağa nisbətən 5-6 sm böyükdür. Sol aşağı ətrafın uzunluğu sağdan 2,5 sm uzundur. Genişlənmiş venaların palpasiyası zamanı venalar üzərində dərinin hipertermiyası qeyd olunur.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün hansı müayinə lazımdır? Diaqnoz?

Məsələ №3

Xəstədə “varikoz xəstəliyi, BDV hövzəsində venaların varikoz genişlənməsi” var. Axırıncı 7 gün ərzində varikoz transformasiya olunmuş venaların proueksiyası boyu ağrılar, budun yuxarı 1/3-nə qədər dəridə hiperemiya qeyd edilir.

Diaqnoz? Cərrahın taktikası?

Məsələ №4

28 həftəlik hamiləliyi olan 30 yaşlı qadın sol aşağı ətrafın səthi venalarının proqressivləşən varikoz genişlənməsi, günün ikinci yarısında ödemlərin meydana çıxmasından şikayətlənir. Hamıləliyə qədər dərialtı venalarda varikoz genişlənmə qeyd olunmayıb. Klinik müayinə zamanı sol ayaqda böyük dərialtı vena sisteminin səthi venalarında və onun safeno-femoral hövzə axarlarında varikoz genişlənmə, böyük dərialtı venanın ostial klapanlarında çatmamazlıq aşkar edildi. Dərialtı venalar keçiricidir, qapaqlarda çatmamazlıq yoxdur.

Diaqnoz? Müalicə taktikası?

Məsələ №5

56 yaşlı qadın 20 ildir ki, aşağı ətrafların varikoz xəstəliyindən əziyyət çəkir. Xəstəliyi hamiləlik və ağır fiziki işlə əlaqələndirir. Baxış zamanı hər iki ayağın səthi venalarında qabarıq nəzərə çarpan varikoz genişlənmə aşkar edildi. Hər iki baldırda ödemlər, dəridə hiperpiqmentasiya sahələri var. Müayinə zamanı böyük dərialtı venanın ostial klapanlarında və baldır perforantlarında qapaq çatmamazlığı müəyyən edildi.

Xəstədə xroniki venoz çatmamazlığın hansı mərhələsidir? Operativ müalicənin həcmi?

SİTUASİYA MƏSƏLƏLƏRİNİN ETALON CAVABLARI

Məsələ №1.

Hər şeydən əvvəl Troyanov-Trendelenburq, Delbe-Pertes, Pratta-2 funksional sınaqlarını, daha sonra aşağı ətrafların venoz sisteminin ultrasəs müayinəsini aparmaq lazımdır. dərin venaların keçiriciliyi və venaların qapaq aparıtının funksiyaları pozulmadığı halda kompression skleroterapiya göstərişdir. Əks halda cərrahi müalicə məsləhətdir.

Məsələ №2

İlkin diaqnoz – sol aşağı ətraf damarlarının angiodisplaziyası. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə aşağı ətraf damarlarının USM, arterioqrafiya, dəri termometriyası aparılmalıdır.

Məsələ №3

Diaqnoz: varikoz xəstəliyi, sağ aşağı ətrafın böyük dərialtı venasının varikoz genişlənməsi, budun yuxarı 1/3-dək kəskin qalxan tromboflebitlə ağırlaşma.

Müalicə: təcili əməliyyat – krossektomiya.

Məsələ №4

Xəstədə “hamiləlik fonunda sol ayağın səthi venalarının varikoz genişlənməsi C2, 1-ci mərhələ xroniki venoz çatmamazlıq (CEAP klassifikasiyasına görə)” var.

Daimi kompression trikotajın (corab) geyilməsi, hamiləliyin 3-cü 3 aylığında gündə 1tab X 2 dəfə detraleksin qəbulu, damar cərrahının və ya cərrahın nəzarəti tövsiyyə edilir.

Məsələ №5

CEAP klassifikasiyasına görə xəstədə xroniki venoz çatmamazlığın 2-ci mərhələsidir. Troyanov-Trendelenburq (krossektomiya), Bebkokk, Narat əməliyyatları və çatmamazlıqlı perforantların Kokett üsulu ilə bağlanması göstərişdir. Varikozun az invaziv müalicə üsulları olan endovenoz lazer və ya radiotezlikli dalğalarla ablasiyası, miniflebektomiya da icra edilə bilər.

**Tövsiyyə edilən ədəbiyyat**

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi – Aşağı ətraf venalarının xronik pozğunluqlarının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. – Bakı, 2013, 50s.
2. Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: от патогенеза к лечению и профилактике // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008.- №2. – С.65-72.
3. Дан В.Н., Щеголев А.И., Сапелькин С.В. Современные классификации врожденных пороков развитие сосудов (ангиодисплазий) //Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. - №4. - С. 28-33.
4. Минимально инвазивное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей. Под редакцией Kарстена Хартманна. Перевод с немецкого под редакцией академика РАН А.В. Гавриленко. Москва - «ГЭОТАР Медиа» 2018, 176 с.
5. Константинов Г.Д., Воскресенский П.К., Гордин О.В. и др. Практикум по лечению варикозной болезни. Под ред. Г.Д. Константиновой. – М.: ПРОФИЛЬ, 2006 г. – 188 с.
6. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) // Флебология. – 2015. Tом 9, выпуск 2, 4'.
7. Elias S., Raines J.K. mechanochemical tumescentless endovenous ablation: final results of the initial clinical trial // Phlebology. 2012. Vol. 27. P. 67-72.
8. Rabe E., Pannier F. Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standart and limits // Phlebology. 2012. Vol. 38. P.271-274.
9. Reich-Schupke S., Altmeyer P., Stücker M. What do we know of postthrombotic syndrome? Current status of post-thrombotik syndrome in adults // J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2010. Vol. 8. P. 81-87.
10. F.Charles Brunicard; Dana K. Andersen; Timothy R. Billiar et al. Schwartz's Principles of Surgery – Tenth Edition. Mc. Graw Hill Education, 2010; 2069 P.
11. Van den Bos R., Arends L., Kockaert M., Neumann M. et al. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: a metaanalysis // J/ Vasc/ Surg. 2009. Vol. 49. P. 230-239.