

# Prevenția primară și secundară a varicelor în Medicina Familiei

## *Primary and secondary prevention of varicose disease in medical practice*

Prof. Dr. Afilon JOMPAN

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” Arad

### REZUMAT

Varicele reprezintă o patologie des întâlnită în practica medicului de familie, ușor de diagnosticat, cu factori de risc unanim recunoscuți și care pot fi evidențiați în asistența medicală primară pentru a institui măsuri de prevenție primară. Depistarea precoce a acestei patologii în cabinetul medicului de familie implică măsurile de prevenție secundară și un management corect, uneori în colaborare cu un specialist flebolog, împiedicând evoluția bolii spre complicații. Studiul efectuat pe populația adultă (peste 30 de ani), a unui Cabinet de Medicina Familiei însumează 104 persoane cu o prevalență a varicelor de 17,39%, cu prevalențe diferite pe sexe, grupe de vârstă și în funcție de factorii de risc cei mai des întâlniți, cu indicațiile de prevenție primară și secundară.

**Cuvinte cheie:** varice, factori de risc, prevenție primară și secundară

### ABSTRACT

Varicose veins are a common pathology in medical practice, easily diagnosed, with risk factors that can be universally recognized for starting preventive therapeutic measures. Early detection of this pathology in the family doctor's office involving secondary preventive measures and proper management, sometimes in collaboration with a specialist Phlebology, prevents the progression of complications. This study of adults (over 30 years), analyzes 104 people with a prevalence of 17.39% of varicose veins, with different prevalences in sexes, age groups and depending on the risk factors often meet with primary and secondary preventive indications.

**Keywords:** varicose disease, risk factors, primary and secondary prevention

## GENERALITĂȚI

Varicele, ca patologie în special a membrilor inferioare sunt cunoscute, descrise, redată prin reprezentări artistice din cele mai vechi timpuri. Varicele reprezintă o patologie a venelor superficiale, în special cu localizare la nivelul membrilor inferioare. Venele sunt dilatate, sinuoase cu simptomatologie redusă sau asimptomatică, dar având aspect inestetic (1).

## MOTIVAȚIA LUCRĂRII

Varicele reprezintă pentru Medicina Familiei o patologie des întâlnită. Circa 15-20% din populația adultă au, în acest sens, un diagnostic clinic suficient de precis, ce nu necesită examinări paraclinice deosebite (2).

Desigur, la examinarea prin screening populațional a populației adulte vom găsi pacienți cu varice în diferite stadii ale bolii, cu simptomatologie prezentă sau cu lipsa simptomatologiei, cu prezența uneori a unor complicații simple sau

Autor corespondent:

Prof. Dr. Afilon Jompan, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, B-dul Revoluției nr. 94, Arad  
E-mail: ajompan@yahoo.com

severe. Pe studii extinse la nivel comunitar în programe de prevenție a varicelor, e necesar să selectăm populația în funcție de factorii de risc cunoscuți ce pot fi implicați în etiopatogenia, debutul și evoluția ulterioară a bolii:

- Sexul – femeile sunt mai afectate;
- Vârsta, varicele cresc ca prevalență odată cu vârsta;
- Excesul ponderal și în special obezitatea, ca factor de risc redutabil;
- Sarcina, cu simptome din primul trimestru, dar mai ales la femeile cu 2 nașteri în antecedente sau chiar mai multe (multipare);
- Sedentarismul prelungit sau activitatea fizică foarte redusă în poziție șezând: funcționari, activități pe calculator etc;
- Profesii ce implică ortostatism prelungit și o activitate statică: stomatologi, frizeri, coafeze etc;
- Moștenirea familială, varicele având un model de transmitere monogenic (4).

Managementul pacientului predispus la boală implică corectarea factorilor de risc favorizanți și consilierea acestor pacienți (3).

Tratamentul medical implică, pe lângă corectarea factorilor de risc, și măsuri medicale complexe: tratament medicamentos cu medicație venotropă, cure termale, cremoterapie, contenție elastică cu ciorapi sau benzi elastice sau sclerozarea varicelor cu agenți fizici sau laser (11).

Tratamentul chirurgical este rezervat specialiștilor flebologi, dar monitorizarea pacientului rămâne în sarcina medicinei primare. Colaborarea cu medicul specialist flebolog este de asemenea benefică în diferite etape ale bolii (12).

## LOT ȘI METODOLOGIE

A fost selectat un lot ce cuprinde întreaga populație adultă de peste 30 de ani de la nivelul unui cabinet de Medicina Familiei din mediul urban, ce însumează un număr total de 1.041 de pacienți înscrși pe liste din care 532 femei și 509 bărbați.

Au fost examinate fișele de consultație ale tuturor acestor pacienți, luându-se în considerare: antecedentele familiale, activitatea fizică, profesiunea, simptomele, consumul de alcool, fumatul.

S-a realizat examenul clinic complet al pacientului, cu specificarea modificărilor prezente sau nu ale circulației venoase la membrele inferioare. S-a determinat greutatea și înălțimea pacientului, s-a calculat indicele de masă corporală după formula recomandată de OMS  $IMC = \frac{\text{greutatea (kg)}}{\text{înălțimea}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$ , tensiunea arterială sistolică și diastolică.

Examinările paraclinice efectuate în laborator au determinat colesterolemia totală, valorile HDL-colesterolului, trigliceridele serice, acidul uric, glicemia. S-a calculat valoarea indicelui de aterogenitate după formula  $IA = \frac{\text{colesterol total}}{\text{HDL colesterol}}$ , în care valorile egale cu 5 sau mai mari au fost considerate un risc pentru apariția și evoluția aterosclerozei.

Indicele de masă corporală a fost interpretat conform următoarei clasificări:

- Valori mai mici de 18,5 kg/m<sup>2</sup> – subponderali;
- Valori de 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> – normoponderali;
- Valori de 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> – hiperponderali;
- Valori de 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> – obezi gr. I;
- Valori de 35-39,9 kg/m<sup>2</sup> – obezi gr. II;
- Valori mai mari de 40 kg/m<sup>2</sup> – obezi gr. III.

Valorile tensiunii arteriale au fost considerate normale până la o tensiune arterială de 139 mm Hg pentru tensiunea sistolică și 89 mm Hg pentru tensiunea diastolică.

Chestionarul cu datele declarate de pacient au fost considerate autentice. Aici se încadrează aspectele de simptomatologie, antecedente familiale, activitatea fizică – sedentarismul, consumul exagerat de alcool sau fumatul.

S-au calculat statistic frecvențe și indici de prevalență, s-au făcut comparații între datele statistice iar pentru o bună imagine s-au prezentat grafice color cu datele rezultate din analiza statistică (7).

Concluziile pertinente au fost notificate la sfârșitul lucrării, scoțându-se în evidență și contribuțiile proprii aduse prin studiul efectuat, dar și elementele originale pe care le conține o asemenea analiză statistică efectuată într-un cabinet din asistența medicală primară.

## REZULTATE

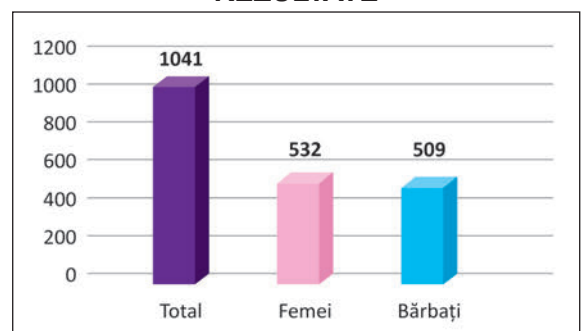


FIGURA 1. Distribuția numerică pe sexe a lotului

Lotul ales, reprezentând întreaga populație adultă de peste 30 de ani înscrși pe listele unui cabinet din asistența medicală primară din

mediul urban totalizează un număr de 1.041 de pacienți, semnificativă ca număr.

Distribuția numerică pe sexe ne arată o ușoară predominanță a populației feminine, ce înregistrează 532 de persoane față de populația masculină, ce înregistrează 509 persoane (Fig. 1).

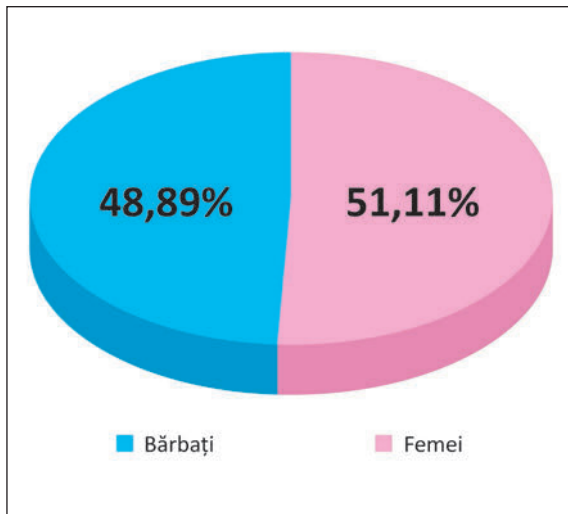


FIGURA 2. Prevalența populației lotului pe sexe

Distribuția populației ca prevalență pe sexe (Fig. 2) indică o ușoară predominanță a sexului feminin față de sexul bărbătesc, prevalență ce se suprapune datelor statistice la nivel de județ și de țară.

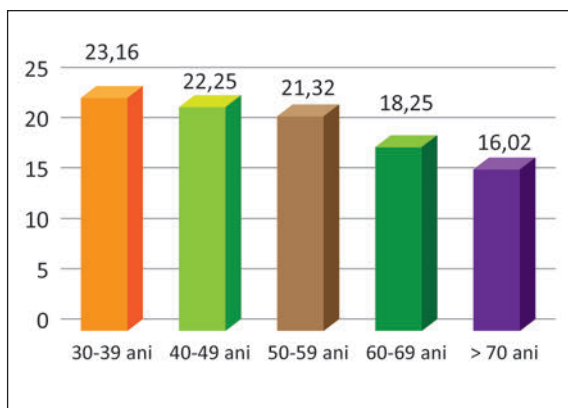


FIGURA 3. Distribuția procentuală a lotului pe grupe de vârstă

Grupele de vârstă ale lotului de peste 30 de ani scad procentual (Fig. 3) cu fiecare grupă, ceea ce reflectă evoluția fenomenului demografic la pacienții înscrși pe lista unui medic de familie la nivelul unui cabinet medical din asistența medicală primară din mediul urban.

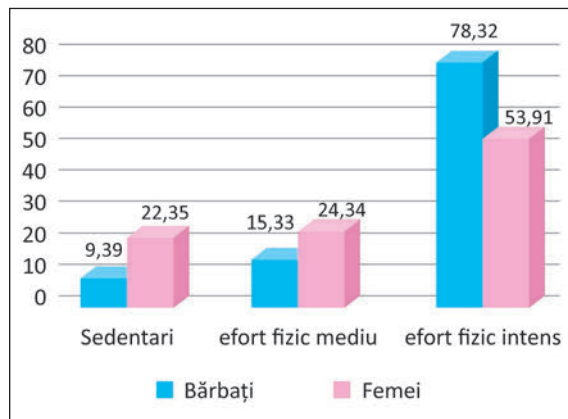


FIGURA 4. Distribuția procentuală pe sexe în funcție de efortul fizic

La femeii predomină efortul minim și sedentarismul, ce înregistrează valori mai mult decât duble față de bărbați. De asemenea, activitatea fizică medie e mai crescută procentual față de bărbați (24,34 vs 15,38%). În schimb, activitatea fizică intensă e mult crescută la bărbați (78,38%) față de femeii (53,91%) (Fig. 4).

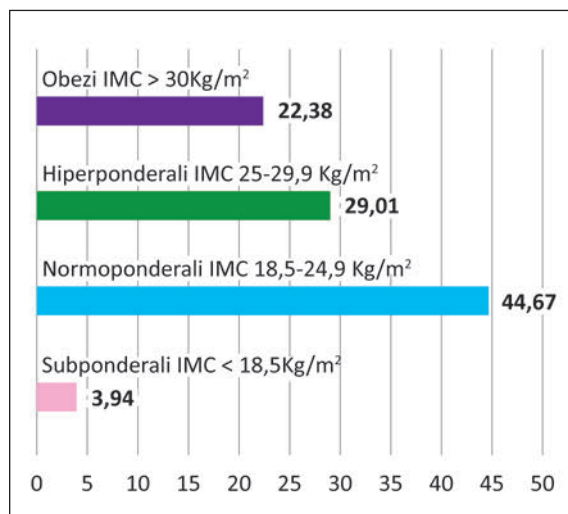


FIGURA 5. Repartiția lotului în funcție de indicele de masă corporală (IMC)

Totalul populației cu exces ponderal este relativ mare, totalizând 51,39% din totalul lotului față de pacienții subponderali care reprezintă 3,94% (Fig. 6).

Analizând populația cu exces ponderal (Fig. 5,6) remarcăm că obezitatea, ce reprezintă 22,38%, este subîmpărțită în funcție de IMC în 3 grupe de risc: obezii gradul I (30-34,9 kg/m<sup>2</sup>) înregistrează 12,29%, obezii gradul II (IMC 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) înregistrează 6,82%, iar obezii gradul III (IMC ≥40 kg/m<sup>2</sup>) înregistrează 3,27% (Fig. 6).

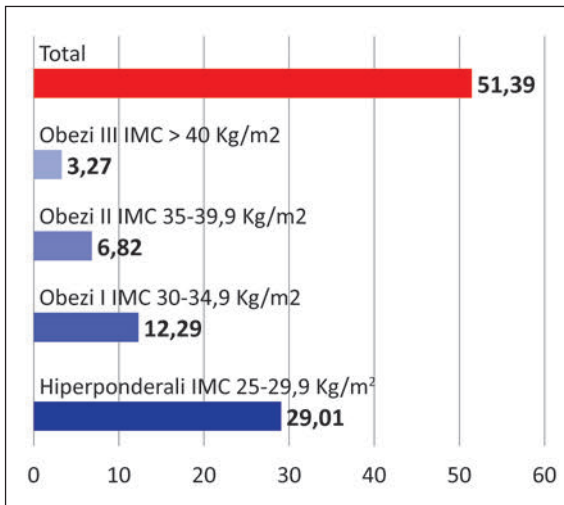


FIGURA 6. Populația cu exces ponderal (hiperponderalii și obezii) pe grupe de IMC

Frecvența este de unu din șase pacienți care prezintă boală varicoasă, ceea ce corespunde unei prevalențe relativ crescute, de 17,39 % (Fig. 8).

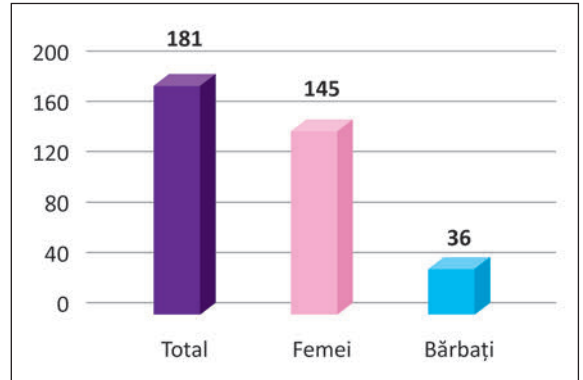


FIGURA 9. Repartiția numerică a pacienților cu boală varicoasă pe sexe

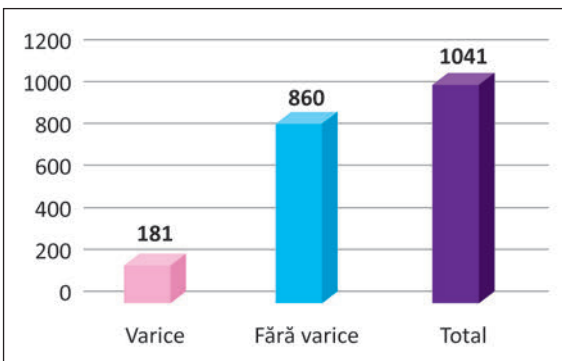


FIGURA 7. Pacienți cu boală varicoasă ca frecvență numerică

Se remarcă numărul mare al persoanelor de sex feminin ce prezintă varice ale membrilor inferioare (145 de persoane) față de populația bărbătească (36 de persoane).

Din totalitatea populației de 1.041 de pacienți cu vârstă de peste 30 de ani, un număr de 181 prezentau boală varicoasă a membrilor inferioare (Fig. 7).

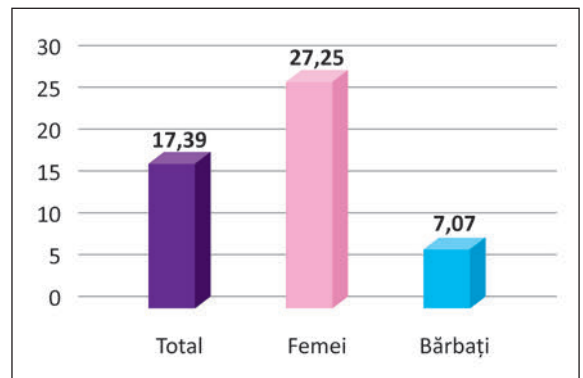


FIGURA 10. Prevalența bolii varicoase la populația adultă de peste 30 de ani pe sexe

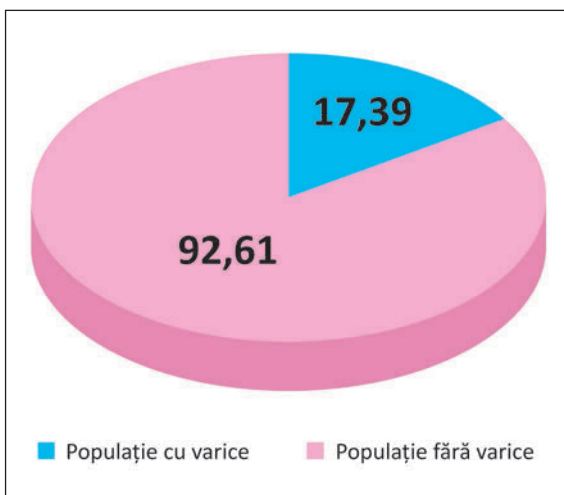


FIGURA 8. Prevalența varicelor la populația lotului

Prevalența bolii varicoase la populația adultă de peste 30 de ani, în cadrul lotului este de peste 4 ori mai mare la femeii (27,25%) față de bărbați (7,07%), sexul feminin constituind un factor de risc nemodificabil dar de luat în seamă în estimarea riscului (Fig. 10).

Prevalența bolii varicoase crește odată cu vârsta, creștere mai semnificativă după vârsta de 50 ani, vârsta constituind un factor de risc important, dar nemodificabil (Fig. 11).

Prevalența bolii varicoase crește odată cu creșterea IMC, astfel încât o creștere semnificativă este la hiperponderali de 2 ori și la obezi de 4 ori (Fig. 12). Excesul ponderal constituie un alt

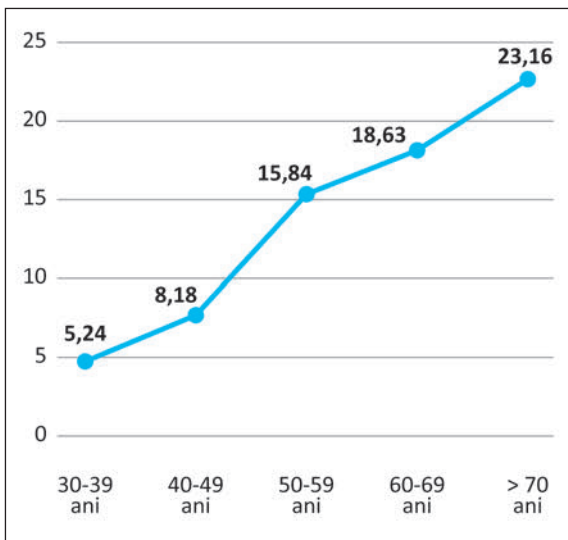


FIGURA 11. Prevalența la lotul studiat a bolii varicoase pe grupe de vârstă

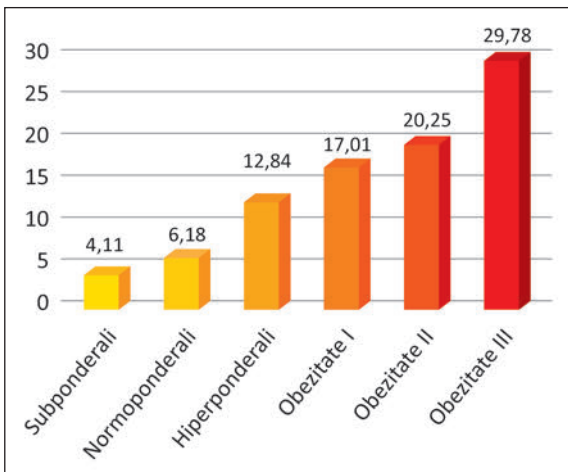


FIGURA 12. Prevalența bolii varicoase la pacienții adulți în funcție de indicele de masă corporală (IMC)

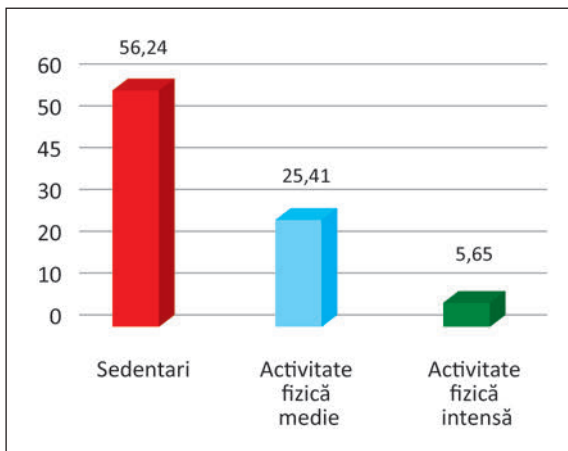


FIGURA 13. Prevalența bolii varicoase în raport cu activitatea fizică la pacienții

factor de risc, atât în determinismul, cât și în evoluția bolii varicoase spre complicații.

La sedentari și la cei cu activitate fizică foarte redusă, prevalența bolii varicoase este de 10 ori mai mare față de cei cu activitate fizică intensă (Fig. 13). Dacă sedentarismul constituie un factor de risc redutabil înscriind prevalențe foarte crescute, efortul și activitatea fizică intensă constituie un factor benefic înscriind prevalențe foarte scăzute și reprezintă un argument în activitățile de prevenție primară, precum și în activitățile de prevenție secundară.

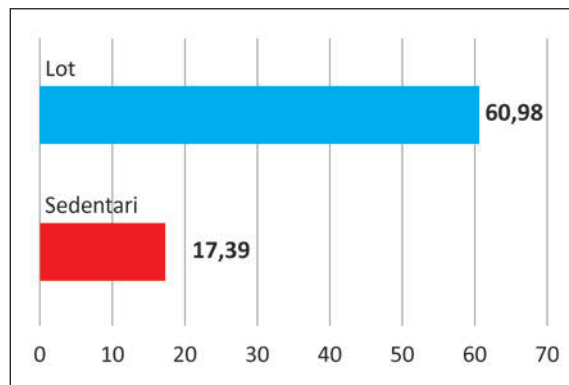


FIGURA 14. Prevalența bolii varicoase de la persoanele cu activitate sedentară (pe scaun) sau în ortostatism prelungit, față de media lotului.

Activitățile ușoare, statice sau ortostatismul prelungit cresc prevalența bolii varicoase de peste 3 ori (60,98% vs 17,39%) (Fig. 14).

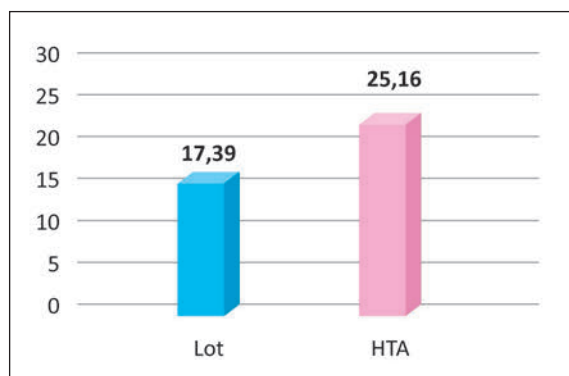
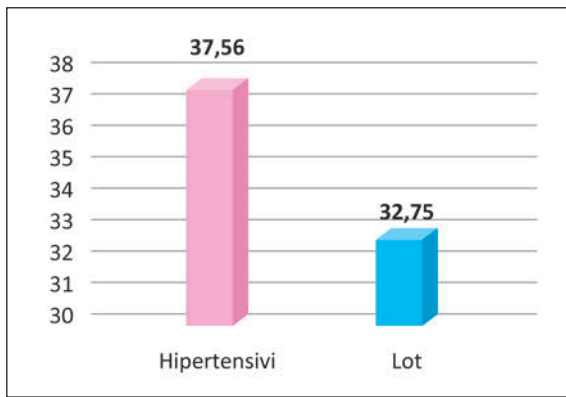


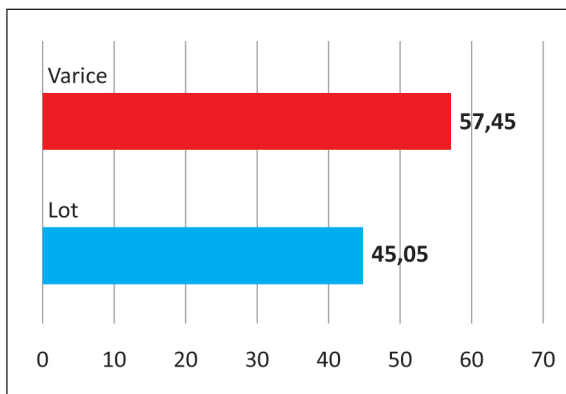
FIGURA 15. Prevalența comparativă la pacienții hipertensivi față de media lotului

La pacienții cu HTA prevalența varicelor este mai ridicată față de media lotului, atingând 25,16% față de lot 17,39% (Fig. 15), ceea ce indică faptul că riscul hipertensiunii arteriale influențează la nivel vascular și boala varicoasă.



**FIGURA 16.** Prevalența pacienților hipertensivi în rândul populației cu varice comparativ cu media lotului

Prevalența pacienților cu hipertensiune arterială este semnificativ mai crescută în rândul pacienților cu boală varicoasă (37,56%) față de prevalența hipertensivilor la nivelul lotului (32,75%) (Fig. 16).

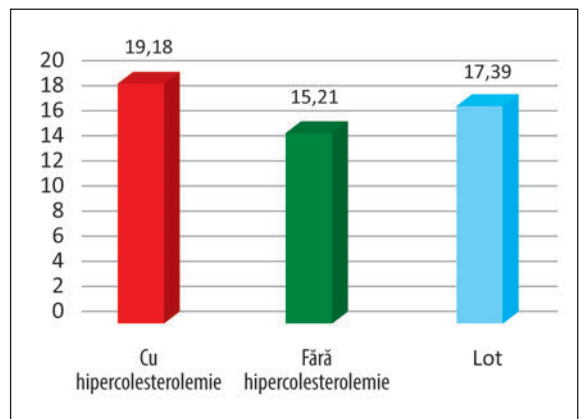


**FIGURA 17.** Prevalența hipercolesterolemiei totale (> 190 mg/dl) la persoanele cu boală varicoasă comparativ cu media lotului

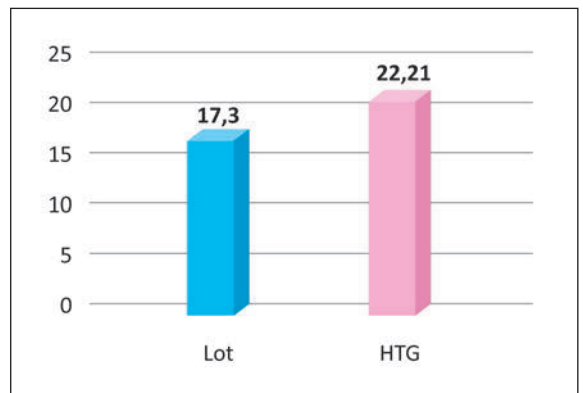
Se remarcă o creștere a riscului asociat prin prezența unei prevalențe crescute (57,46%) la persoanele cu boală varicoasă față de media lotului (45,05%) (Fig. 17). Hipercolesterolemia poate fi un factor de risc ce influențează atât boala vasculară arterială, cât și boala varicoasă (Fig. 18).

Prevalența bolii varicoase crește la pacienții cu hipercolesterolemie totală (19,18%) comparativ cu pacienții fără hipercolesterolemie totală (15,21%), dar și față de media lotului, hipercolesterolemia totală constituindu-se într-un factor de risc asociat (Fig. 18).

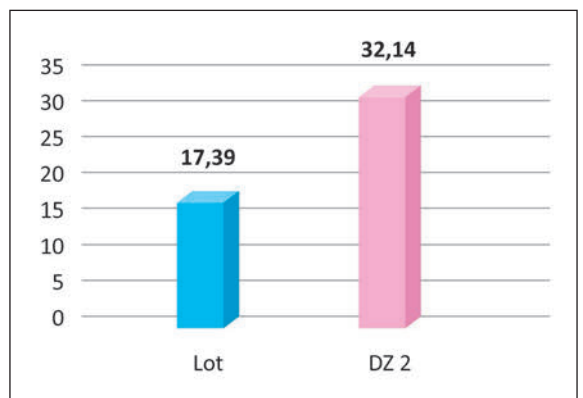
Prevalența bolii varicoase este semnificativ mai crescută la persoanele cu hipertrigliceridemie (21,71%) față de lot (17,31%) (Fig. 19).



**FIGURA 18.** Prevalența comparativă a bolii varicoase la persoanele cu hipercolesterolemie sau fără și la populația lotului



**FIGURA 19.** Prevalența bolii varicoase la persoanele cu hipertrigliceridemie față de lotul martor



**FIGURA 20.** Prevalența bolii varicoase la persoanele cu DZ tip 2, comparativ cu media lotului

Prevalența varicelor este mult crescută, de aproape 2 ori, la persoanele cu DZ tip 2 (32,14%) față de media lotului 17,39% (Fig. 20). Diabetul zaharat tip 2 se constituie unui risc asociat deosebit de important în apariția, dar și în evoluția spre complicații severe a bolii varicoase.



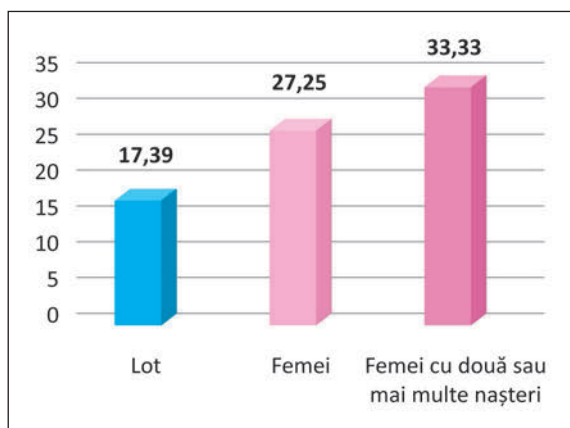


FIGURA 21. Prevalența varicelor comparativ la nivelul lotului, la femeile și la femeile cu 2 sau mai multe nașteri

Prevalența bolii varicoase crește semnificativ la femeile (27,25%) față de media lotului (17,39%), dar substanțial la femeile cu 2 sau mai multe nașteri, unde valoarea prevalenței crește aproape de 2 ori 33,33% (Fig. 21).

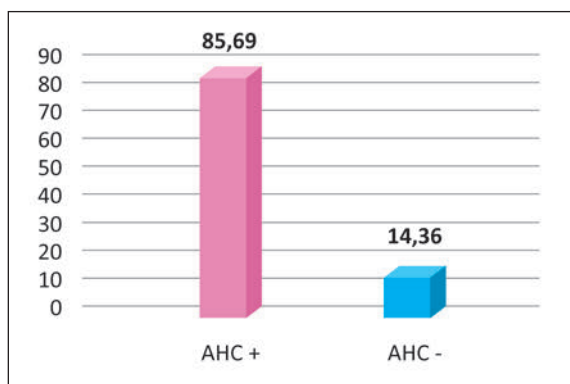


FIGURA 22. Frecvența comparativă a bolii varicoase la nivelul lotului, la cei cu antecedente familiale și la cei fără antecedente familiale de varice.

Antecedentele familiale constituie un factor de risc redutabil și el necesită a fi luat în seamă în activitățile de prevenție primară, când e necesar a fi depistat prin anamneză, ca măsurile de prevenție să fie luate timpuriu (Fig. 22).

## CONCLUZII

Boala varicoasă la populația adultă de peste 30 de ani, într-un cabinet de Medicina Familiei înregistrează o prevalență de 17,39%.

Prevalența varicelor e semnificativ mai crescută la femeile (27,25%) față de bărbații (7,07%), în raport de 1 la 4. Sexul feminin constituie un risc important nemodificabil.

Prevalența bolii varicoase crește odată cu vârsta, la grupele de vârstă de peste 70 de ani atingând 23,16 % (1 din 4 persoane). Vârsta este de asemenea un factor de risc nemodificabil, dar de luat în seamă în evaluarea riscului.

Antecedentele familiale sunt al treilea factor de risc nemodificabil. Ele trebuie cunoscute, iar activitățile de prevenție primară începute precoce la persoanele cu rude de gr. I ce au prezentat sau prezintă boală varicoasă (85,64%).

Sedentarismul ca stil de viață constituie un factor de risc foarte important, persoanele sedentare înregistrând o prevalență a varicelor de 56,26%, factor de risc ce poate fi combătut și modificat.

Activitatea fizică redusă în poziție șezândă sau ortostatismul prelungit reprezintă, de asemenea, un factor de risc redutabil, înregistrând la aceste persoane o prevalență de 60,98%, necesitând măsuri de combatere adecvate.

Nașterile multiple constituie un factor de risc recunoscut și necesită o atentă monitorizare a femeii gravide, atât pe perioada sarcinii, cât și după naștere.

Excesul ponderal dublează valorile prevalenței varicelor față de normoponderali, iar la obezi acestea ajung la o valoare de aproape 5 ori mai mare ( $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ). Obezitatea este un factor de risc modificabil și necesită măsuri de combatere complexă.

Diabetul zaharat tip 2, tulburările metabolice sunt factori de risc asociați dar importanți, ce necesită a fi depistați și combătuți prin măsuri nonfarmacologice și farmacologice, pentru a evita atât apariția, cât și evoluția spre complicații a bolii varicoase.

## RECOMANDĂRI PENTRU ACTIVITATEA MEDICULUI DE FAMILIE

Activitatea de prevenție primară implică din partea medicului de familie o bună cunoaștere a pacienților și a factorilor de risc implicați, apariția și evoluția spre complicații (6).

Factorul familial și antecedentele familiale sunt deosebit de importante pentru a selecta persoanele cu predispoziție de a face boala. Nu se poate acționa asupra factorului familial, genetic, dar cunoscând predispoziția, celelalte măsuri de prevenție adresate factorilor de risc modificabili intră în prim plan (11).

Ostostatismul prelungit sau poziția șezândă în programul de muncă necesită, din partea medicului de familie, un program de educație medicală și explicarea necesității plimbărilor scurte,

eventualelor pauze cu poziții adecvate unei bune circulații venoase (profesiuni expuse: stomatologi, cosmeticieni, frizeri, textiliste).

Sedentarismul necesită a fi combătut printr-un program de activități fizice compensatorii, jocuri sportive (natație, ciclism, alergări sau simple plimbări).

Excesul ponderal, în special obezitatea ca factor de risc important, necesită un program complex, cu regim dietetic, redus caloric cu activități fizice și tratament medicamentos. Controlul indicelui de masă corporală (IMC) trebuie absolut necesar monitorizat și ținut la valori acceptabile, iar obezitatea morbidă (IMC ≥ 40 Kg/m<sup>2</sup>) necesită chiar indicații chirurgicale (9).

Dispensarizarea femeii gravide și supravegherea stării de sănătate și a măsurilor profilactice ce se impun la fiecare sarcină este de asemenea necesară (4).

Recomandarea măsurilor de contenție cu o față elastică sau ciorapi elastici cu compresie diferențiată ușoară (12-17 mm Hg) sau compresie diferențiată medie (18-22 mm Hg) sau cu compresie diferențiată puternică (23-32 mm Hg) este o altă măsură terapeutică.

În plus, sunt necesare o hidratare optimă, evitarea abuzului de diuretice, evitarea cordoanelor sau hainelor prea strânse, evitarea încălzirii locuinței prin podea, evitarea contracepției cu estrogen progestative, tratament antiagregant plachetar, în unele cazuri, controlul hematocritului și fibrinogenului la persoanele cu risc trombotic, tratament venotrop preventiv la grupele populaționale cu risc (10).

Prevenția secundară reprezintă depistarea precoce a bolii varicoase și tratamentul adecvat spre a opri evoluția spre complicații.

Tratamentul necesită măsurile de prevenție primară respectate și educația pacientului.

## PREVENȚIA SECUNDARĂ

Prevenția secundară constă în tratamentul venotrop (puțin eficient) și antiedematos cu o multitudine de preparate per os, injectabile sau unguente locale:

- Diosminum (Revada) 600 mg, 1 cp/zi înainte de micul dejun. Biflavonid și vasculoprotector, reduce staza venoasă, distensibilitatea și permeabilitatea capilară și crește rezistența capilară;
- Troxirutinum (Troxevasin, Troxsal, Troxerutin, Venoruton) – venotrop ce protejează peretele venelor și capilarelor de atacul oxidativ al celulelor activate.

Medicația simptomatică în boala venoasă constă în 300mg x 2-3/zi inițial, de întreținere și tratament local gel 2%, 2x/zi 2-3 săptămâni;

- Detralex (Diosmina 450 mg și hesperidina 50 mg) – indicat în insuficiența veno-limfatică, tratamentul simptomatic constă în 2x1 cp/zi în timpul meselor prânz și seară (în criză 6 cps/zi 4 zile, 4 cps/zi 3 zile);
- Ginkor Fort (extract de ginkgo biloba 14 mg+ troxerutin 300 mg+heptaminol clorhidrat 300 mg) – în insuficiența venolimfatică, criză hemoroidală. Este vasodilatator, antiagregant, antiinflamator, crește întoarcerea venoasă. Doza: cps 2x1/zi în insuficiența venoasă, în criza hemoroidală 4 cps/zi 5 zile, apoi 2x1/zi 5 zile;
- Cyclo 3 Fort (extract Ruscus aculeatus 150 mg + Hesperidin 150 mg + Acid Ascorbic 100 mg) – cps. 2-3/zi în timpul meselor;
- Reparil (drajee cu escina 20 mg, gel) – vasculoprotector, crește rezistența vasculară, scade permeabilitatea capilară. Indicat în afecțiuni inflamatorii post traumate. Doza este de 3x1/zi;
- Vessel Due (heparinoid) – soluție injectabilă 600 uls/2 ml și capsule moi 250 uls. (heparinoid alcatuit din heparină cu masă moleculară mică și dermatan sulfat cu acțiune antitrombotică și hipolipemiantă. Indicat în patologia venoasă cu risc crescut de tromboză. Doza: 1f/zi iv sau im 15-20 zile apoi se continuă cu cps 2x1/zi 30 de zile, se repetă de 2x/an (la 6 luni);
- Rutinoscorbin (Rutin 25 mg + Acid Ascorbic 100 mg). Indicații: protector vascular, crește rezistența capilarelor 1-2 cp/zi.

Heparine sau heparinoizi de uz topic sunt de asemenea indicate:

- Antiflebitic MK (cremă, gel): cremă 25.000 ui heparină sodică, 1 g diclofenac sodic, 50.000 heparină sodică + 1 g diclofenac sodic. Indicat în varice, tromboflebite, tromboze superficiale, flebite;
- Hepathrombin (30.000, 50.000): heparină + alantoidă + dexapantenol 30/50.000 ui + 250/300 mg + 250/400 mg;
- Markoton-gel: heparină sodică 100.000 ui + dexapantenol 50 mg. Indicat în afecțiuni trombotice superficiale, sindrom varicos și complicații, ulcer varicos, profilaxie. Local 2-3x/zi;



- Calciu Dobesilas (DC Doxilek) cps. 500 mg. Adjuvant în tratamentul tromboflebitelor superficiale, sindrom post trombotic, sindrom hemoragic. Doza: 500-750 mg/zi, la mese;
- Evitarea abuzului de diuretice;
- Tratament antiplachetar în cazul evoluției spre complicații tromboembolice;
- Controlul hematocritului și fibrinogenului, la persoanele cu risc tromboembolic;
- Hidratare optimă;
- Cure termale (crenoterapie);
- Sclerozarea varicelor cu agenți chimici;
- Sclerozarea varicelor cu agenți fizici – laser.

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Se adresează majorității cazurilor de varice și constă în mai multe metode. Dintre acestea, medicul o alege pe cea care se potrivește cel mai bine pacientului.

**Crosectomia** reprezintă extirparea acelei porțiuni din vena safenă internă sau externă (cele două vene superficiale importante) care seamănă cu o crosă de golf și conține valva defectă. Actualmente, intervenția se poate face sub anestezie locală și nu necesită internare, ceea ce permite bolnavului să plece acasă pe propriile picioare la scurt timp după operație.

Orice intervenție care nu include crosectomia sau care e efectuată incomplet face posibilă reapariția varicelor într-un timp mai scurt sau mai lung.

**Procedeele Babcock.** După realizarea crosectomiei, se recurge la procedeul Babcock, de smulgere a întregii vene safene până la originea ei, la nivelul gleznei. Astăzi, acest procedeu este contestat de majoritatea flebologilor și chirurgilor în domeniu din Occident, întrucât este o intervenție brutală, care exclude integral o venă de multe ori parțial sănătoasă, generând efecte secundare și complicații semnificative. De aceea, metoda este înlocuită de:

**a.** Stripping (smulgerea venei cu ajutorul unui fir de oțel cu un capăt bont) doar până la nivelul genunchiului, minimalizându-se efectele nedorite ale procedurii anterioare;

**b.** Flebectomia microchirurgicală (metodă recomandată de majoritatea specialiștilor) extirpă doar dilatațiile venoase. Flebectomia se poate face și prin incizii chirurgicale clasice sau microincizii de 2-3 mm (folosite în Occident în ultimul timp). Se utilizează niște instrumente speciale, foarte fine, care permit efectuarea intervenției sub anestezie locală, fără internare și fără a lăsa cicatrici vizibile, ci numai niște punctulețe, care dispar ulterior la majoritatea pacienților.

**Operația CHIVA** – conservatoare a insuficienței venoase în ambulator. Se ligaturează crosa safenei, apoi se plasează ligaturi pe safenă imediat distal de perforantele insuficiente care ar permite reintrarea sângelui în sistemul venos profund. Rezultatele acestei operații sunt discutabile și contestate în prezent.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Harrison.** „Principiile Medicinii Interne”, Vol. 1+2, ediția a II-a în limba română, editura Teora, București
2. **Robertson L., Evans C., Fowkes F.G.** Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology.* 2008;23(3): 103-111.
3. **Restian Adrian.** „Bazele Medicinii de Familie”, Ediția a III-a revizuită 2013, Editura Medicala Buc.
4. **Matei Dumitru (coord).** „Esențialul în Medicina de Familie”, Ed. a III-a, Editura Amaltea, București, 2016
5. **Jompan A.** „Medicina Familiei”, ed. a X-a, Ed. Eurostampa Timișoara, 2016
6. **Jompan A.** „Pacientul bolnav și pacientul cu risc”, Ed. Eurostampa Timișoara, 2013
7. **Jompan A.** „Manager, lider și indici ai stării de sănătate”, Ed. Eurostampa Timișoara, 2011
8. **Jompan A. și colab.** Traditional nutrition and cardiovascular risk. *Revista Central European jurnal of occupational and environment Medicine.* Budapesta, nr. 6/2000, p 161-165
9. **Jompan A., Timar R.** Pacienții obezi și riscul cardiovascular. *Rev. Medicina Familiei* nr. 52, an XI 2004, p 3-9
10. **Jompan A.** Excesul ponderal și obezitatea în Practica medicului de familie, ed. Eurostampa Timișoara, 2003
11. **Bucur G.** Flebologie practică (medicală și dermatologică), Varicele simple. București, Ed. Infomedica, 2003.
12. **Candea V.** Chirurgie vasculară. Bolile venelor și limfaticelor. București: Ed. Tehnică, 2001