



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Заболевания вен.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить студентов диагностике, дифференциальному диагнозу, методам консервативного и оперативного лечения заболеваний вен конечностей.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

Тромбофлебиты:

- 1). Этиология и патогенез.
- 2). Классификация тромбофлебитов.
- 3). Клиника, диагностика, лечение.
- 4). Показания и противопоказания к операции.
- 5). Методики операций.

ПТФС:

- 1). Классификация ПТФС.
- 2). Клиника, диагностика, лечение.
- 3). Значение определения проходимости и состояния клапанного аппарата глубоких вен для выбора метода лечения.
- 4). Методы оперативного лечения ПТФС.
- 5). Профилактика ПТФС.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей

Острый тромбоз глубоких вен (ОТГВ) представляет собой потенциально опасное для жизни заболевание в связи с угрозой отрыва тромба и возможности тромбоэмболии легочной артерии.

Этиология и патогенез. ОТГВ нижних конечностей является наиболее частой локализацией окклюзии венозных сосудов. Пусковым моментом служат следующие факторы: травма; бактериальная инфекция; длительный постельный режим; послеродовой период; противозачаточные средства; ДВС-синдром.

Тромбозы подразделяются на флеботромбозы и тромбофлебиты. При флеботромбозе тромб образуется в практически здоровой вене, рыхло спаян или не спаян вообще со стенкой вены, как правило, не полностью обтурирует сосуд, легко отрывается, что приводит к тромбоэмболии легочной артерии. Такой тромб может клинически ничем себя не проявлять или проявлять себя очень слабо. Через 5-6 дней присоединяется воспаление интимы, способствующее фиксации тромба и развитию тромбофлебита.

Сущность процесса при тромбофлебите сводится к развитию воспалительного процесса в стенке вены с образованием тромба. Тромб приводит к частичной или полной закупорке сосуда. В дальнейшем вовлекаются в процесс все стенки вены. Тромб прочно фиксируется к интимае, что предотвращает развитие эмболии. Тромбофлебит сопровождается рядом общих и местных реакций.

Классификация тромботических заболеваний вен нижних конечностей (В. Б. Альбицкий, 1993):

Острый флеботромбоз: а) асептический; б) септический.

Острый тромбофлебит: а) застойный; б) травматический; в) инфекционно-аллергический; г) септико-пиемический.

Рецидивирующий тромбофлебит: а) мигрирующий; б) множественный; в) симптоматический.

Постфлебитический синдром: а) клапанная недостаточность; б) флебосклероз (обтурирующий, облитерирующий).

Клиника и диагностика. Наиболее частым источником тромбозов магистральных вен ниж-

них конечностей являются глубокие вены голени. В зависимости от уровня верхней границы тромбоз вен голени может проявляться различными вариантами.

Острый тромбоз вен голени, подколенной и поверхностной бедренной вен

При остром тромбозе вен икроножных мышц, так же как и окклюзия одной-двух глубоких вен голени, при сохраненной проходимости остальных вен, каких-либо значительных изменений гемодинамики в конечности не происходит. Это и является одной из основных причин трудности в диагностике тромбоза данной локализации. Клиническая картина крайне скудна. Общее состояние не страдает. Внешний вид конечности не изменяется. Повышение температуры тела наблюдается далеко не всегда. Часто единственным симптомом служат боль в икроножных мышцах голени, усиливающаяся при движениях в голеностопном суставе.

К типичным симптомам ОТГВ голени относятся:

Симптом Хоманса (при тыльном сгибании в голеностопном суставе появляются боли в икроножных мышцах).

Тест Mosesa, включающий два приема: а) сдавливание голени в переднезаднем направлении; б) сдавливание голени с боков. Тест считается положительным, если болезненность возникает при сдавлении голени в переднезаднем направлении

Проба Lowenberga. На голень в области средней трети накладывается манжетка сфигмоманометра, и давление в ней доводится до 150 мм рт. ст. Появление болей в икроножных мышцах ниже 150 мм рт. ст. указывает на ОТГВ голени.

Уточнению диагноза может помочь доплеровское сканирование, флебография.

Диагностика значительно упрощается в тех случаях, когда тромбируются все глубокие вены - передняя и задняя большеберцовые и малоберцовая вены.

Дифференциальный диагноз проводится с кровоизлиянием в икроножные мышцы, периферическим невритом, миозитом, артерио-спазмом, эмболией мелких артерий голени. При остром тромбозе подколенной вены отмечается резкая болезненность в подколенной ямке. Иногда удается пальпировать тромбированную подколенную вену и перифокальный воспалительный инфильтрат вокруг нее.

Распространение тромботического процесса на поверхностную вену так же, как и ее первичный тромбоз, часто протекают латентно. В ряде случаев при плохо развитых коллатеральных наступают расстройства кровообращения в коленном суставе, что сопровождается болями, увеличением сустава в объеме с симптомом «баллотирования» надколенника, нарушением функции. Дифференциальный диагноз у данных больных проводят с острым артритом.

При окклюзии только поверхностной вены заметного отека бедра не бывает. Всегда наблюдается расширение поверхностных вен на бедре и в бассейне большой подкожной вены.

Острый тромбоз общей бедренной вены

Если острый тромбоз общей бедренной вены (ОТОБВ) обусловлен распространением процесса с поверхностной бедренной вены, то в клинической картине доминирует внезапный отек всей конечности.

Тщательный расспрос больного позволяет установить, что острому отеку всей конечности предшествовали несколько дней назад боли и отек голени. Далее появляются диффузное увеличение всей пораженной конечности, цианоз кожных покровов.

В случае, если окклюзия общей бедренной вены распространяется выше устья большой подкожной вены и блокирует ее, то в коллатеральное кровообращение включаются перекрестные анастомозы наружных срамных вен.

Первичный ОТОБВ начинается остро с верхней трети передней поверхности бедра и паховой области. Вслед за этим развиваются отек и цианоз всей нижней конечности.

При пальпации определяются резкая болезненность в области верхней трети бедра и инфильтрация по ходу сосудистого пучка. Наблюдается увеличение паховых лимфоузлов.

Гемодинамические нарушения при первичном ОТОБВ выражены сильнее по сравнению с

теми случаями, когда ОТОБВ является симптомом распространения тромбоза с периферии. Данный факт связан с острой блокадой кровотока, что не оставляет времени для развития коллатерального кровообращения.

Острый илеофemorальный тромбоз

В клиническом течении острого илеофemorального тромбоза (ОИФТ) различают продромальную стадию и стадию выраженных клинических проявлений.

При периферических путях развития в отличие от центрального продромальная стадия как таковая отсутствует.

Продромальная стадия проявляется повышением температуры и болями различной локализации. Боли могут возникать в пояснично-крестцовой области, нижних отделах живота и в нижней конечности на стороне поражения. Чаще боли той или иной локализации начинаются исподволь и носят тупой, ноющий характер.

Стадия выраженных клинических проявлений характеризуется классической триадой, боль, отек и изменение окраски. Боли становятся интенсивными, диффузными, охватывая паховую область, переднемедиальную поверхность бедра и икроножной мышцы.

Отек имеет распространенный характер, захватывая всю нижнюю конечность.

Изменение окраски кожи может варьировать от бледной (белая болевая флегмазия) до цианотичной (синяя болевая флегмазия).

Белая болевая флегмазия возникает вследствие спазма сопутствующих артерий и сопровождается резкими болями.

Синяя болевая флегмазия вторична по отношению к белой флегмазии. Она наступает при почти полном нарушении оттока крови по бедренной и подвздошной венам вследствие их окклюзии.

Усиление «рисунка» подкожных вен на бедре, и особенно в паховой области, является очень информативным и важным симптомом.

Общее состояние сильно не страдает. Поэтому, если развитию ОИФТ сопутствует резкое ухудшение общего состояния, то оно чаще всего связано с каким-либо осложнением - начинающейся венозной гангреной, тромбозом нижней полой вены, эмболией легочной артерии.

Диагноз острого флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей можно подтвердить следующими исследованиями: флебография, доплеровское УЗ И, импедансная плетизмография, сканирование с использованием ¹²⁵I-фибриногена.

Дифференциальный диагноз следует проводить с окклюзионными заболеваниями артерий, рожистым воспалением, ишиорадикулитом.

Лечение. Всем больным с ОТГВ показано лечение в условиях хирургического стационара. Консервативное лечение начинается со строгого постельного режима в течение 7-10 дней с возвышенным положением больной конечности. Применяют антикоагулянты прямого действия (гепарин внутривенно в течение 7-10 дней) с последующим переходом на антикоагулянты непрямого действия. Большое значение придается фибринолитической терапии (фибринолизин, стрептаза, стрептокиназа, урокиназа, тромболитин). Тромболитическая терапия при илеофemorальном тромбозе противопоказана без установки кава-фильтра, так как способствует миграции тромбов в легочную артерию с развитием ее тромбоза эмболии. Необходимо также назначать десенсибилизирующие препараты, средства, улучшающие кровообращение в микроциркуляторном русле (венорутон, трентал), спазмолитики. Рекомендуются раннее вставание, но только при забинтованной эластическим бинтом больной конечности.

Хирургическое лечение проводят по жизненным показаниям: при опасности повторной тромбоза эмболии легочной артерии, угрозе венозной гангрены и распространения тромботического процесса на нижнюю полую вену.

В зависимости от локализации тромба и его распространенности применяются следующие операции:

дистальная перевязка бедренной вены (при изолированном тромбозе вен голени);
тромбоэмболия из бедренно-подколенного сегмента (при первичном ограниченном тромбозе бедренно-подколенного сегмента);
тромбоэмболия из подвздошной вены (при ее изолированном поражении);
пликация нижней полой вены (создание в ее просвете узких каналов или введение кава-фильтров, задерживающих тромб).

Посттромбофлебитический синдром

Посттромбофлебитический синдром (ПТФС) является одной из наиболее тяжелых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Этиология и патогенез. Основным фактором в развитии ПТФС является тромбофлебит и флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей, а также магистральных вен таза. Следует обратить внимание, что первопричиной всех звеньев патогенеза ПТФС служит закупорка глубоких вен тромбом, независимо от характера его образования (флеботромбоз или тромбофлебит). В сроки до 14-20 дней после закупорки сосуда тромбом, происходит фиксация его к стенке вены, врастание эндотелиальных элементов интимы в толщу тромба. В сроки до 6-8 месяцев от начала заболевания наступает окончательный период организации тромба. В сроки от 8-12 месяцев и более развивается выраженный флебосклероз всех слоев сосудистой стенки с атрофией и некробиозом ее функционально активных элементов. К 1,5 года наступает частичная (42%) и полная (30%) реканализация тромба, и только в 28% случаев отмечается окклюзия магистральных вен. При этом повреждается клапанный аппарат. В итоге развивается венозная гипертензия с извращением кровотока в глубоких и коммуникантных венах, которая и является ведущим звеном в патогенезе ПТФС. В патогенезе заболевания также значительную роль играют нарушения оттока лимфы. Поражение обеих нижних конечностей имеет место у 25% больных, чаще встречается слева (49%), реже справа (26%) (В. Я. Васютков, 1971; А. Н. Веденский, 1986).

Классификация посттромбофлебитического синдрома (В. С. Савельев, 1983).

Форма: Склеротическая. Варикозная.

Стадии: I, II, III.

Локализации (изолированные, сочетанные и распространенные поражения): нижняя полая вена, подвздошные вены, бедренные вены, подколенная вена, берцовые вены.

Характер поражения: окклюзия, частичная реканализация, полная реканализация.

Степень венозной недостаточности: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

Клиника и диагностика. Ведущими симптомами ПТФС являются отек нижних конечностей (97%), тянущие боли (90%), варикозное расширение поверхностных вен (82%), пигментация кожи в нижней трети голени (68%), индурация подкожной клетчатки (53%), трофические язвы голени (41%) и хронический дерматит (28%).

В клиническом течении ПТФС нижних конечностей выделяется 3 стадии:

I - когда в непораженных тромбозом венах и других сосудистых системах конечности имеются в основном функциональные изменения, обеспечивающие компенсацию венозного оттока. Начинается она сразу после стихания острых явлений тромбоза глубоких вен и проявляется выраженной отечностью конечности, умеренным цианозом, усилением рисунка подкожных вен и их напряжением. После пребывания в горизонтальном положении отечность конечности значительно уменьшается и иногда полностью исчезает. В вертикальном положении отечность быстро нарастает и сопровождается утомляемостью больной конечности.

II - обычно исчезает синюшность кожных покровов больной конечности. Отечность сохраняется. Появляются участки гиперпигментации кожи и уплотнения подкожной жировой клетчатки в нижней трети голени. Умеренно расширяются подкожные вены в пределах нижней конечности, чаще на голени, а при проксимальных формах - в нижнем отделе брюшной стенки. В этой стадии могут наблюдаться и небольшие быстро заживающие язвы.

III - все отмеченные симптомы резко выражены. Отечность полностью не исчезает после

пребывания в горизонтальном положении. Гиперпигментация кожи и индурация подкожной клетчатки иногда циркулярно охватывает всю нижнюю половину голени. Увеличивается степень расширения подкожных вен. Образование обширных язв чаще наблюдается на медиальной поверхности голени в ее нижней трети. Помимо язв, больные страдают от стойких дерма-хитов, сопровождающихся сильным зудом. Возникают грубые морфологические изменения и в непораженных тромбозом венах, в лимфатических сосудах и системе микроциркуляции.

ПТФС приходится дифференцировать с лимфостазами различной этиологии, отеками сердечного происхождения, первичным варикозным расширением вен, врожденными аномалиями сосудов, арте-риовенозными аневризмами, болезнью Парке-Вебера-Рубашова, кожными заболеваниями, индуративной эритемой.

Определенную роль в диагностике играют функциональные тесты: Пратга I, Дельбе-Пертеса, трехжгутовая проба Шейниса, лобелиновая проба Фирта-Хиджела, которые позволяют получить лишь поверхностные сведения и представляют предварительную информацию о закупорке глубоких вен.

Более полную информацию о патологии глубоких вен дают следующие исследования: флебография, доплеровское УЗИ, импеданс-ная плетизмография, сканирование с использованием фибриногена, меченного изотопом ¹²⁵I.

Лечение. Основные принципы консервативного лечения:

I стадия: устранение застоя крови в глубоких и поверхностных венах с помощью эластичной компрессии конечности (эластичные бинты и чулки, резиновые губки, компрессия ноги в барокамере);

устранение и предупреждение отеков конечностей (мочегонные средства, ограничение употребления соли и жидкости, массаж, лечебная физкультура, возвышенное положение конечности);

снятие боли, явлений перифокального воспаления и аллергических реакций назначением препаратов пиразолидинового ряда (бутадиион, реопирин и пр.);

уменьшение спазма артерий и гипоксии тканей применением спазмолитиков;

II стадия - упор делается на рациональный режим труда и отдыха, постоянное ношение эластичных повязок (бинты, чулки), уменьшение избыточной массы тела, нормализацию деятельности кишечника, ограничение физических нагрузок.

III стадия: 1) ликвидация локальных воспалительных явлений и сопутствующих инфекций в коже (дерматит, экзема, эпидермофития) - путем воздействия антисептиками и антибактериальными препаратами, мазями с протеолитическими ферментами (ируксол, комбутек). Для ликвидации дерматита и мокнущей экземы используют болтушку из цинка, талька и глицерина, борнонафталановую пасту, мази флуцинар и фторокорт. Хороший заживляющий эффект на трофические язвы оказывают цинк-желатиновые повязки; 2) нормализация нарушения трофики (назначение витаминов группы В, никотиновой кислоты, компламина, солкосерила, ингибиторов бра-дикининов - ангинина, продектина, пармидина) и оттока лимфы (сероводородные и родоновые ванны, регулярное плавание, массаж, эластическая компрессия); 3) профилактика рецидива тромбоза путем периодического приема антикоагулянтов непрямого действия, реополиглюкина, аспирина, курантила, трентала, венорутон, трок-сезазина и др.; 4) обязательное применение десенсибилизирующей терапии - димедрол, супрастин, тавегил и др.

Показаниями к применению хирургического лечения являются:

- частичная и полная реканализация тромбированных магистральных вен нижних конечностей и таза, сопровождающаяся клапанной недостаточностью глубоких и коммуникантных вен, а также варикозным расширением поверхностных вен;

сегментарные односторонние окклюзии подвздошных и бедренных вен;

посттромботические поражения глубоких вен, осложнившиеся трофическими нарушениями (язва, дерматит, экзема) и поверхностным тромбофлебитом.

Оперативное вмешательство следует проводить не ранее 6-8 месяцев после острого тромбоза,

то есть в тот Период, когда наступает полная организация тромба и формирование магистральных коллатералей.

Наибольшее распространение получили оперативные вмешательства на перфорантных венах для устранения патологического перетока крови из глубоких вен в поверхностные: при наличии частичной или полной реканализации тромба

выполняется радикальное иссечение поверхностных вен по Троянову - Бебкоку - Нарату. Это позволяет добиться компенсации нарушенного венозного оттока в пораженной конечности;

в запущенных случаях предпочтение отдается комбинированным операциям - надфасциальной перевязке несостоятельных коммуникантных вен по Коккету и субфасциальной резекции перфорантных вен по Линтону или Фелдеру. Это позволяет устранить локальную венозную гипертензию в нижней трети голени, способствует быстро лгу заживлению трофических язв и норлюлизует кровоток по глубоким венам конечности. С целью усиления функции мышечного насоса вышперечисленные операции дополняются пластикой собственной фасции голени в виде дубликатуры;

с целью предотвращения рефлюкса венозной крови по глубоким венам голени выполняется операция создания «искусственного клапана» по Псатакису либо применяются синтетические экстравазальные клапанные корректоры;

больным с окклюзиями подвздошных и бедренных вен выполняется операция Пальма - аутовенозное перекрестное надлобковое сафенобедренное шунтирование;

при сдавлении крупных магистральных вен перифлебическим адгезивным процессом производится флеболиз в сочетании с другими оперативными вмешательствами.

I. II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).

- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Этиология и патогенез тромбозов и флеботромбоза.
2. Классификация тромботических заболеваний вен нижних конечностей.
3. Какие клинические формы острого тромбоза магистральных вен нижних конечностей различают?
4. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз острого тромбоза магистральных вен нижних конечностей?
5. Дифференциальная диагностика илеофemorального тромбоза.
6. Дифференциальная диагностика острого тромбоза магистральных вен различной локализации.
7. Какие осложнения острого илеофemorального тромбоза вы знаете?
8. Консервативное лечение острого тромбоза магистральных вен нижних конечностей.
9. Показания к оперативному лечению при остром тромбозе магистральных вен нижних конечностей.
10. Оперативное лечение острых тромбозов магистральных вен.
11. Осложнения острых тромбозов магистральных вен и их лечение.
12. Этиология и патогенез ПТФС.
13. Классификация ПТФС.
14. Клиническая картина ПТФС.
15. Характеристика клинических стадий ПТФС.
16. Методы исследования больных при ПТФС.
17. Дифференциальная диагностика ПТФС.
18. Консервативное лечение ПТФС.
19. Оперативное лечение ПТФС.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В. Б. Хирургические болезни (Клинические лекции для субординаторов). Иваново. Талка. 1993. Т. 2. 303 с.
2. Алексеев П. П. Методы диагностики заболеваний сосудов конечностей. М., Медицина, 1971. 190 с.
3. Даударис Й. П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. М.: Медицина, 1984. 294 с.
4. Клемент А. А, Веденский А. Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. М.: Медицина, 1976. 197 с.
5. Савельев В. С, Думпе Э. П., Яблоков И Г. Болезни магистральных вен. М . Медици-

на, 1972. 440 с.

6. Хирургия I Пер. с англ., Под ред. Б. Джаррела, А. Карбаси. М.' ГЭОТАР «Медицина», 1997. 1070 с. (Серия «Руководство для врачей и студентов»),
7. Шалимов А. А., Сухарев И. И. Хирургия вен М/ Медицина, 1984. 212 с.