

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России»

Кафедра факультетской хирургии.

Учебное пособие для подготовки к практическим занятиям по факультетской  
хирургии для студентов 4 курса лечебного, педиатрического, медико-  
профилактического и стоматологического факультетов

## **ОСТРЫЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Оренбург – 2013

УДК 616.14-002-005.6(075.8)

ББК 54.102.3я73

0-79

Авторский коллектив:

**Авченко М.Т., Демин Д.Б., Кондрашов Н.И., Солдатов Ю.Н., Соболев Ю.А.**

**Острый варикотромбофлебит нижних конечностей.** Учебное пособие. - Оренбург.  
- 2013.- 18 с.

В учебном пособии представлены вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения острого варикотромбофлебита нижних конечностей. Пособие содержит основные клинические данные, необходимые для постановки диагноза и назначения лечения. Такое методическое построение учебного пособия позволяет обучающимся четко представлять алгоритм мышления, анализа и практических действий при данной патологии.

Учебное пособие предназначено для подготовки к практическим занятиям по факультетской хирургии студентов 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Рецензенты:

Чугунов А.Н. д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России.

Тарасенко В.С. д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и урологии ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России.

Учебное пособие рассмотрено и рекомендовано к печати РИС ОрГМА.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Анатомо-физиологические данные.....	5
Этиология и патогенез.....	6
Классификация.....	6
Клиника.....	7
Современная диагностика.....	8
Дифференциальная диагностика.....	9
Консервативное лечение.....	10
Оперативное лечение.....	10
Осложнения.....	12
Профилактика.....	12
Вопросы для самоподготовки.....	13
Тестовые задания.....	14
Ситуационные задачи.....	16
Эталоны ответов к тестовым заданиям и ситуационным задачам..	19
Рекомендуемая литература .....	21
Список использованных сокращений.....	22

## ВВЕДЕНИЕ

Термином «варикотромбофлебит» обозначают наиболее распространенную форму тромбофлебита, при которой патологический процесс поражает варикозно-расширенные поверхностные вены нижних конечностей. В подавляющем большинстве случаев он является осложнением варикозной или посттромботической болезни. Варикотромбофлебит считается одним из самых распространенных сосудистых заболеваний, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в различные хирургические стационары. Это обусловлено высокой распространенностью варикозной болезни и посттромбофлебитического поражения вен. От того, насколько своевременно и правильно поставлен диагноз и назначено лечение, во многом зависит судьба больного (Савельев В.С., 2001). Тромботический процесс в подкожных венах может распространяться на глубокую венозную систему через сафенофemorальное, сафенопоплитеальное соустье, перфорантные вены. В этом случае создается реальная угроза ТЭЛА. Даже если не развивается ТЭЛА, возникающая в последующем посттромботическая болезнь (ПТБ) требует сложного, дорогостоящего, длительного, а иногда пожизненного лечения. Кроме того, для варикотромбофлебита характерно рецидивирующее течение. Если заболевание возникло однажды, а радикального лечения не было, существует высокая вероятность того, что оно будет повторяться вновь и вновь. Необходимость повторных госпитализаций влечет за собой большие материальные затраты, снижает социальную адаптацию и качество жизни пациентов (Яблоков С.Г. и соавт., 1999). В рамках данного учебного пособия предполагается развитие у студентов следующих компетенций в соответствии с требованиями ФГОС 3 поколения: ОК-1, ПК- 5, 17, 19, 20, 27.

### **Цель изучаемой темы:**

1. Усвоить на уровне восприятия по памяти этиологию и патогенез острого варикотромбофлебита нижних конечностей.
2. Приобрести умения по клинической диагностике варикотромбофлебита.
3. Определить программу лечебной тактики и профилактики осложнений острого варикотромбофлебита.

## АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Тыльные пальцевые вены, входящие в состав венозной сети тыла стопы, анастомозируют между собой, образуя кожную тыльную дугу стопы. Концы этой дуги продолжают в проксимальном направлении, образуя два продольных ствола: медиальную и латеральную краевые вены. Продолжением этих вен на голени являются соответственно большая и малая подкожные вены. Большая подкожная вена (БПВ) (*v. saphena magna*) формируется по переднему краю медиальной

лодыжки, далее продолжается по передневнутренней поверхности голени и бедра, принимая на своем пути многочисленные притоки, заканчивается в области овальной ямки, уходя вглубь, впадает в общую бедренную вену (ОБВ). Следует отметить, что на голени БПВ располагается в непосредственной близости от n. saphenus, обеспечивающего иннервацию кожи медиальной поверхности голени и бедра. Эту особенность следует учитывать при оперативном вмешательстве, так как повреждение n.saphenus может привести к длительным, а иногда пожизненным нарушениям в виде парестезий и каузалгий.

Малая подкожная вена (МПВ) – (v.saphena parva) формируется между латеральной лодыжкой и пяточным (ахилловым) сухожилием, продолжается в проксимальном направлении на задней поверхности голени, вначале подкожно, затем между листками фасции голени. Достигнув подколенной области, МПВ прободает глубокий листок фасции и впадает в подколенную вену (ПкВ). В верхней трети голени МПВ образует многочисленные анастомозы с системой БПВ (Вишневский А.С.,1949). На всем протяжении МПВ сопровождает n.cutaneus surrae medialis, иннервирующий кожу заднемедиальной поверхности голени. Интраоперационное повреждение этого нерва может привести к неврологическим нарушениям.

Важнейшей особенностью венозных сосудов является наличие в них клапанов, обеспечивающих однонаправленный центростремительный ток крови.

Клапаны вен обычно двустворчатые, но иногда встречаются одностворчатые. Створки клапанов перфорантных вен направлены в сторону глубокой венозной системы. В области устьев БПВ и МПВ имеются остиальные клапаны, в норме обеспечивающие однонаправленный кровоток, таким образом, венозный кровоток должен осуществляться из поверхностной в глубокую систему через перфорантные вены, сафенофemorальные (СФС) и сафенопоплитеальные (СПС) соустья преодолевая силу гравитации.

Этому способствует активная работа мышечно-венозной «помпы», пульсовая ритмичная компрессия сопровождающих, интимно расположенных артерий, присасывающее действие диафрагмы, отрицательное давление в правых отделах сердца.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Варикозно-расширенные вены представляют собой особо «благоприятную почву» для развития тромбоза, так как измененная сосудистая стенка и замедление кровотока служат важнейшими причинами тромбообразования. Кроме того большое значение имеют несостоятельность клапанного аппарата вен, изменения адгезивно-агрегационных свойств форменных элементов крови и плазменного звена гемостаза на фоне венозного застоя (Савельев В.С.,1972).

Острый варикотромбофлебит также может быть вторичным и осложнять течение многих заболеваний, возникать в послеоперационном периоде, особенно при выполнении обширных, травматичных операций на органах грудной и брюшной полости. Он может носить ятрогенный характер после выполнения катетеризации вен нижних конечностей. Собирая анамнез у социально неадаптированной группы больных, следует помнить о возможном «инъекционном» тромбофлебите при

введении наркотических средств. В незначительном количестве случаев тромбофлебит возникает в визуально неизмененных подкожных венах. В этом случае нужно быть особенно внимательным, чтобы не пропустить его паранеопластический характер. В подавляющем большинстве случаев варикотромбофлебит начинается в большой подкожной вене (БПВ) или ее притоках, значительно реже в малой подкожной вене (МПВ). При ограничении тромботического воспалительного поражения вены в дальнейшем происходит организация или реканализация тромба, что заканчивается либо полной облитерацией вены, либо разрушением и недостаточностью клапанного аппарата пораженной вены. Другой вариант развития заболевания – нарастание тромбоза в проксимальном направлении, зачастую с флотированием головки тромба. Поэтому планировать адекватные лечебные мероприятия следует, только имея точные данные о состоянии пораженного венозного русла.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

По локализации:

1. Острый варикотромбофлебит в бассейне большой подкожной вены
2. Острый варикотромбофлебит в бассейне малой подкожной вены
3. Острый варикотромбофлебит в бассейне большой и малой подкожных вен

По распространенности:

1. Локальный острый варикотромбофлебит  
- без тенденции к распространению  
- с тенденцией к распространению
2. Прогрессирующий (восходящий, флотирующий) острый варикотромбофлебит

По осложнениям:

1. Неосложненный острый варикотромбофлебит
2. Осложненный острый варикотромбофлебит (ТЭЛА, с переходом тромботического процесса на глубокие вены, перифлебит и паравазальная флегмона)

## КЛИНИКА

Распознавание острого варикотромбофлебита чаще всего не вызывает существенных затруднений. Клиническая картина определяется локализацией тромботического процесса, его распространенностью, длительностью и степенью вовлечения в воспалительный процесс окружающих тканей (т.е. перифлебита). Обычно преобладают местные симптомы, общее состояние больных обычно остается

относительно удовлетворительным. Пациентов беспокоят тянущие боли по ходу тромбированных вен, ограничение движения в конечности, реже общее повышение температуры. Визуально отмечается гиперемия в проекции расширенной вены, степень перифлебита может значительно варьировать от 1 см до 3-3,5 см шириной.

Параллельно выявляется «шнуровидный» болезненный тяж с повышением кожной температуры над ним, гиперэстезия кожи. Яркая гиперемия и повышение кожной температуры характерны для первых дней от возникновения заболевания, к 5-7 дню обычно проходят, кожа приобретает синюшно-коричневатый оттенок. Следует отметить, что тромбированные пораженные вены, в отличие от варикозно-расширенных не спадаются в положении лежа. Общий отек конечности отсутствует. Клинические проявления тромбофлебита в бассейне МПВ не столь ярки. Поверхностный листок собственной фасции, покрывающий вену, препятствует распространению перифлебита на подкожную клетчатку, гиперемия кожи не выражена. Зачастую только болезненность в проекции МПВ позволяет заподозрить это заболевание. Особое внимание необходимо обратить на локализацию и распространенность тромбофлебита. Нужно определить поражены ли ствол магистральной подкожной вены или тромбированы только ее протоки. После установления проксимальной границы распространения тромбоза определяется тактика ведения больного – консервативная или оперативная. Наиболее опасны восходящие формы варикотромбофлебита. Это реально угрожает больному распространением тромбоза на глубокие вены и развитием ТЭЛА. Скорость нарастания тромба зависит от многих факторов, и прогнозировать ее трудно. У 30-40% больных истинная распространенность тромбоза превышает на 15-20 см. клинически определяемые признаки тромбофлебита. Это нужно принимать во внимание для правильного решения вопросов хирургической тактики. Поэтому для определения истинного проксимального уровня тромбоза необходима инструментальная диагностика (Савельев В.С., 2001).

## МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ

В настоящее время наиболее информативным диагностическим ориентиром, позволяющим верифицировать тромбоз подкожных вен и установить границы его проксимального распространения, является ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) с цветовым картированием кровотока. УЗДС выполняется в срочном порядке при обращении пациента, а также при динамическом наблюдении и консервативном лечении в виде контроля на 2-3-7 сутки. Пока тромб локализуется в подкожной вене, он не угрожает жизни больного развитием легочной эмболии за счет фиксации к стенке вены.

Однако часто встречаются ситуации, когда пораженная вена вблизи устья имеет большой диаметр, а верхушка тромба имеет флотирующий характер. В этих случаях отрыв верхушки тромба реально угрожает развитием ТЭЛА. При УЗДС осматривается также глубокое венозное русло на всем протяжении, так как встречается сочетанное тромботическое поражение поверхностной и глубокой венозных систем. В стандартный объем УЗДС обязательно входит исследование венозного русла не только больной, но и контрлатеральной конечности для исключения возможного симультантного развития тромбоза, который часто

протекает бессимптомно.

Рентгеноконтрастная флебография в настоящее время не выполняется.

Роль лабораторной диагностики не велика. В клиническом анализе крови выявляется умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ, исследуются компоненты гемостаза – ВСК, ПТИ.

В качестве дополнительной диагностики: УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференцировать острый варикотромбофлебит необходимо со следующими заболеваниями (Нузов Б.Г. и соавт., 2008):

1. Лимфангиит
2. Рожистое воспаление
3. Лимфостаз
4. Острый флеботромбоз
5. Ущемление бедренной грыжи.

**Лимфангиит** – острое воспаление лимфатических сосудов протекает в виде стволового или сетчатого поражения. Наблюдается яркая гиперемия в виде продольных полос, больные испытывают зуд, жжение, очень важно выявить первичный гнойно-воспалительный очаг, локализованный на пальцах, стопе или голени. Лимфангиит является осложнением гнойного очага. При этом расширение поверхностных вен, в основном отсутствует.

**Рожистое воспаление** – острое серозное прогрессирующее воспаление кожи, вызываемое стрептококками. Выделяют: эритематозную, буллезную, буллезно-некротическую формы рожистого воспаления. Чаще с тромбофлебитом дифференцируют эритематозную форму рожи, при которой характерно резкое повышение температуры местной и общей, сильнейшие боли при малейшем дотрагивании до поверхности кожи. Достаточно быстро развиваются «пузыри» (буллы) с изъязвлениями и некрозом. В отличие от тромбофлебита рожа не имеет какой-либо четкой локализации и связи с венозной системой.

**Лимфостаз** – заболевание, обусловленное нарушением оттока лимфы в коже, подкожной клетчатке. Возникает постепенное утолщение нижних конечностей, отек плотный, кожа сухая, в складку не собирается, варикозное расширение вен отсутствует.

**Острый флеботромбоз** – проявляется распирающим отеком конечности. Кожа приобретает бледно-цианотичную окраску. Выявляется разница в окружности нижней конечности на голени (и бедре), по сравнению со здоровой ногой. Отсутствует гиперемия кожи. Диагноз верифицируется с помощью УЗДС.

**Ущемленная бедренная грыжа** – проявляется резкими болями, невправимостью ранее вправимой грыжи, отсутствием симптома «кашлевого» толчка. Страдают чаще женщины. Имеется анамнез грыженосительства. Варикозное расширение поверхностных вен отсутствует, так же, как отсутствует гиперемия и болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка на бедре.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение острого варикотромбофлебита должно быть комплексным и включать в себя: ограниченный режим, эластическую компрессию, купирование воспалительного процесса, венотонизирующую и антиагрегантную терапию, местное лечение.

При установлении диагноза острый варикотромбофлебит больных госпитализируют в хирургическое (лучше специализированное – ангиохирургическое) отделение для динамического наблюдения и определения тактики лечения. Режим постельный, ограниченный. Эластическая компрессия достигается наложением эластического бинта, либо специального медицинского эластического компрессионного трикотажа (II класса компрессии). Для купирования воспалительных явлений назначаются НПВС, ненаркотические обезболивающие и десенсибилизирующие препараты, антибиотики широкого спектра действия. Обязательно назначаются флеботонизирующие препараты (анавенол, троксевазин, детралекс, флебодиа 600, антистакс, вазокет).

Общая антикоагулянтная терапия при поверхностном тромбофлебите не показана. Назначают антиагреганты (аспирин 100 мг, тромбоасс 75-100 мг, тиклопидин, кардиомагнил). В комплексном лечении большое значение имеет местная терапия, так как воспалительный процесс локализован в поверхностных тканях (кожа, подкожная клетчатка). Назначение полуспиртовых компрессов, компрессов с мазью Вишневского, гепариновой мази имеет историческое значение и в настоящее время не используется. Высоко эффективным действием обладают препараты на основе гелей (лиотон 1000, венолайф, гепатотромбин, тромблесс). Эффективным противовоспалительным действием обладает разработанный препарат для местного лечения – милиацил. При отсутствии противопоказаний эффективно сочетание в местном лечении с назначением физиотерапевтического лечения (УВЧ, магнитотерапия, ультразвук). При использовании комплексной консервативной терапии купирование острого варикотромбофлебита и перифлебита наблюдается начиная с 3-5 суток и окончательно происходит на 7-10 сутки.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания к оперативному лечению острого варикотромбофлебита строго индивидуальны и зависят от клинической картины и распространенности патологического процесса.

Экстренное оперативное вмешательство показано пациентам, у которых клинически и по данным УЗДС выявлен восходящий или флотирующий варикотромбофлебит большой или малой подкожных вен. Не зависимо от возраста, сопутствующей патологии, с целью предотвращения перехода тромботического процесса на глубокие вены и профилактики ТЭЛА под местной анестезией выполняется сафенофemorальная или сафенопопliteальная кроссэктомия. В дальнейшем, устранив угрозу тромбоэмболических осложнений, проводится полноценный курс комплексного консервативного лечения и дообследование

пациента.

Оперативное лечение в отсроченном порядке показано на 5-7 сутки при отсутствии противопоказаний, либо после купирования явлений перифлебита путем только консервативного лечения, либо после выполненной кроссэктомии и консервативного лечения.

При дообследовании в этот период для исключения противопоказаний пациентам проводится ультразвуковое исследование внутренних органов, рентгенография грудной клетки (для исключения паранеопластического характера тромбоза), ЭКГ, осмотр смежных специалистов. Радикальное оперативное вмешательство заключается в удалении варикозно-расширенной и тромбированной подкожной вены в бассейне БПВ или МПВ комбинированным способом по Сидориной, Нарату, Коккетту.

## ОСЛОЖНЕНИЯ

К осложнениям острого варикотромбоза нижних конечностей относятся:

1. Переход тромба на глубокие вены через СФС (СПС) или перфорантные вены с развитием острого флеботромбоза нижней конечности.
2. ТЭЛА:
  - а) мелких ветвей
  - б) массивная
3. Гнойный тромбоз с переходом во флегмону конечности

При миграции тромба в глубокие вены и развитии острого флеботромбоза появляется распирающий отек, боли в ноге. Дальнейшая лечебная тактика проводится по принципам лечения глубокого флеботромбоза.

Тромбоз мелких ветвей легочной артерии проявится кашлем, кровохарканьем, болью в грудной клетке, одышкой. На ЭКГ диагностируется правогограмма. При рентгенографии грудной клетки – фокусы инфаркт-пневмонии. К лечению добавляются антикоагулянты, фибринолитики. Массивная ТЭЛА возникает мгновенно и проявится удушьем, посинением головы, шеи, верхней части туловища. Клиника протекает молниеносно и чаще всего заканчивается летальным исходом.

При нагноении инфильтрата паравазальной клетчатки и гнойного расплавления тромбированной вены прогрессирует флегмона конечности – повышение температуры тела, признаки гнойной интоксикации организма, отек с признаками флюктуации сегмента пораженной конечности. Хирургическое лечение показано в объеме вскрытия, санации и дренирования гнойного очага.

## ПРОФИЛАКТИКА

По статистике, больные, страдающие длительное время варикозной болезнью подвержены риску развития острого варикотромбоза наиболее часто. В связи с этим говорить о профилактике острого варикотромбоза необходимо в контексте со своевременной диагностикой и лечения варикозной болезни. Это касается не только хирургического и флебосклерозирующего лечения. Не малой

категории больных, при выявлении противопоказаний к радикальному лечению рекомендуется соблюдать основные правила: постоянная эластическая компрессия, прием флеботоников, антиагрегантов, лечебная гимнастика. Игнорирование мер профилактики, отказ или боязнь своевременной санации у пациентов, страдающих варикозной или посттромботической болезнью, способствует развитию и рецидивированию воспалительного процесса.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Анатомия венозного русла нижних конечностей.
2. Физиология венозного кровообращения.
3. Этиология и патогенез острого варикотромбофлебита.
4. Классификация.
5. Клиническая картина.
6. Методы диагностики.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Консервативное лечение.
9. Оперативное лечение.
10. Осложнения.
11. Профилактика.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

### 1. ОСТРЫЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ ЭТО

- 1) тромбоз воротной вены
- 2) аневризма общей бедренной вены
- 3) воспаление и тромбоз большой или малой подкожной вен
- 4) тромбоз плечевой вены
- 5) флебит плечевой вены

### 2. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) флебография
- 2) УЗИ вен
- 3) пальпация
- 4) реовазография
- 5) термография

### 3. ДЛЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) синдром «перемежающейся хромоты»
- 2) наличие трофических язв конечности
- 3) боль и гиперемия по ходу подкожной вены
- 4) онемение пальцев стопы
- 5) отсутствие пульсации на артериях стопы

### 4. ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБО-ФЛЕБИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) флебосклерозирующее лечение
- 2) антикоагулянты прямого действия
- 3) венотоники
- 4) лиотон 1000 гель
- 5) ангиопротекторы

### 5. БОЛЬШАЯ ПОДКОЖНАЯ ВЕНА ВПАДАЕТ В

- 1) общую бедренную вену
- 2) в подколенную вену
- 3) в воротную вену
- 4) в наружную подвздошную вену
- 5) в нижнюю полую вену

### 6. КРОССЭКТОМИЯ ЭТО

- 1) тромбэктомия из бедренной вены
- 2) удаление большой или малой подкожной вены
- 3) перевязка большой подкожной вены
- 4) удаление атероматозной бляшки
- 5) пересечение и перевязка БПВ или МПВ с притоками у устья

## 7. ОСТРЫЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ

- 1) рожистого воспаления
- 2) облитерирующего эндартериита
- 3) болезни Рейно
- 4) лимфангиита
- 5) облитерирующего атеросклероза

## 8. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) гангрена стопы
- 2) пилефлебит
- 3) ТЭЛА
- 4) острый инфаркт миокарда
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

## 9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КРОССЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ВОСХОДЯЩЕМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст больного
- 2) сахарный диабет
- 3) сердечно-сосудистая недостаточность
- 4) бронхиальная астма
- 5) локальный тромбофлебит на фоне ПТБ

## 10. В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) соблюдение диеты
- 2) своевременное выявление и санация больных варикозной болезнью
- 3) использование эластической компрессии
- 4) использование антикоагулянтов
- 5) флебосклерозирующее лечение

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1

Больная К., 58 лет обратилась в приемный покой хирургического стационара с жалобами на болезненное уплотнение, покраснение кожи на левой нижней конечности через 5 суток от начала заболевания. В анамнезе известно, что страдает варикозной болезнью около 30 лет, связывает с беременностью, родами. Самостоятельно не лечилась. При физикальном исследовании выявлен «шнуровидный» болезненный инфильтрат с гиперемией на левой голени и бедре по ходу подкожной вены, пальпируемый до границы средней-верхней трети бедра, шириной до 2,5 см. Общая температура тела не повышена.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.**

### Задача № 2

Больной С., 38 лет доставлен бригадой «скорой помощи» в приемное отделение хирургического стационара с предварительным диагнозом – «Острый поверхностный тромбофлебит правой нижней конечности». Предъявляет жалобы на покраснение по передне-внутренней поверхности правой голени и бедра, повышение общей температуры тела, озноб. При осмотре: в области 4-5 пальцев правой стопы с переходом на тыл стопы имеется обширная гнойно-некротическая рана 6,5x5,0 см с гнойным отделяемым. По передне-медиальной поверхности правой голени и бедра «полосовидные» очаги гиперемии. Визуально-поверхностные вены не расширены. В проекции подколенной ямки и под паховой складкой справа пальпируются плотные, увеличенные и болезненные пакеты лимфоузлов. Отека нижней конечности нет.  
**ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.**

### Задача №3

Больная П., 65 лет, обратилась в приемное отделение хирургического стационара по направлению хирурга поликлиники с предварительным диагнозом: «Острый поверхностный тромбофлебит правой голени». Считает себя больной около 5 суток, когда появились покраснение, уплотнение и болезненность в нижней трети правой голени. Объективно: на фоне выраженного расширения поверхностной венозной сети на задне-медиальной поверхности нижней трети правой голени имеется трофическая язва 2,5x2,0 см, покрытая фибрином. На границе средней-верхней трети голени по задне-медиальной поверхности очаг гиперемии и инфильтрат 1,5 см шириной, протяженностью 8-9 см, достигающий до щели коленного сустава. Из анамнеза известно, что ранее 30 лет назад перенесла тромбоз глубоких вен на этой же нижней конечности, страдает хронической венозной недостаточностью 3 ст.  
**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.**

### Задача № 4

Бригадой «скорой помощи» в приемное отделение хирургического стационара доставлена больная В., 70 лет в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, чувство нехватки воздуха, кашель с прожилками крови. Длительное время страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Выяснено, что около недели назад появилось болезненное уплотнение и гиперемия по ходу варикозно-расширенных вен на левой голени. За медицинской помощью не обращалась. При экстренно выполненном ультразвуковом исследовании выявлены признаки острого флотирующего варикотромбофлебита левой голени и бедра с переходом фрагмента тромба в одну из расширенных перфорантных вен на голени  
**НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ. ДИАГНОСТИКА ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ.  
ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА.**

### Задача №5

У больной А., 26 лет, после беременности и родов в течение 7 лет прогрессирует варикозное расширение поверхностных вен на правой нижней конечности. Обратилась к ангиохирургу в связи с появлением болезненного инфильтрата на медиальной поверхности правой голени. При срочно выполненном УЗДС вен выявлено, что большая подкожная вена расширена на всем протяжении,

остиальный клапан и клапаны пяти перфорантных вен несостоятельны, имеется парциальный тромбоз ствола БПВ от нижней до средней трети голени без признаков флотирования.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА. ВИД ОПЕРАЦИИ.**

#### Задача №6

В приемное отделение хирургического стационара обратился больной Х., 51 года, с жалобами на сильные боли, отек и покраснение на левой голени. Считает себя больным 2 суток. При осмотре: левая голень равномерно отечна, кожа ярко-багровой окраски, видны следы расчесов и мелких ссадин. Пальпация кожи резко болезненна, кожа на ощупь горячая. При выполнении УЗДС – поверхностные и глубокие вены проходимы, не расширены, клапаны состоятельны.

**ДИАГНОЗ.НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ КАКОГО СПЕЦИАЛИСТА**

#### Задача №7

Больная Л., 78 лет, находилась в квартире одна и вызвала врача только через 7 суток от начала заболевания. Из анамнеза известно, что страдает варикозной болезнью длительное время. Неоднократно ранее переносила острый варикотромбофлебит. Около недели назад вновь появилось болезненное уплотнение, гиперемия. Самостоятельно не лечилась. За прошедшие сутки появился и вырос отек голени и бедра распирающего характера. Разница в объеме правой нижней конечности, по сравнению с левой + 8 см.

**ДИАГНОЗ.ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ.ВИД ТРАНСПОРТИРОВКИ.**

#### Задача №8

Больная З., 83 лет, длительное время страдает ПТБ вен нижних конечностей, ХВН 3 ст, а также тяжелой сердечной недостаточностью, полиостеоартрозом. Получает консервативное лечение по-поводу развившегося 5 суток назад острого варикотромбофлебита левой голени. При осмотре – имеется локализованный инфильтрат в проекции притоковой ветви БПВ на голени, без тенденции к проксимальному распространению.

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ.ЦЕЛЬ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ.**

#### Задача №9

Больная Н., 48 лет, поступила в клиническую больницу с явлениями острого поверхностного тромбофлебита правой голени. При осмотре и данным УЗДС – варикозная болезнь исключена. Выявлены признаки правостороннего гидроторакса, асцит в брюшной полости. В анамнезе – потеря в весе последние 5-6 месяцев. Истощена. Отека нижней конечности нет.

**ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ТРОМБОФЛЕБИТА. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ПРОГНОЗ.**

#### Задача №10

На профилактический осмотр обратилась пациентка М., 29 лет. Из анамнеза ясно, что родители по материнской линии (включая бабушку) страдали заболеванием вен. У пациентки первые признаки венозной недостаточности –слева визуализируются

немногочисленные расширенные венозные узлы на голени с признаками гиперпигментации кожи, в настоящее время с явлениями покраснения кожи над ними.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ.

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№	Ответ	№	Ответ
1	3	6	5
2	2	7	1,4
3	3	8	3
4	4	9	5
5	1	10	2,3

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

#### Задача №1

Острый восходящий варикотромбофлебит левой голени и бедра.

УЗДС вен нижних конечностей.

Экстренная операция – Кроссэктомия.

#### Задача №2

Гнойно-некротическая рана правой стопы,осложненная стволовым лимфангиитом,паховым и поплитеальным лимфаденитом.

УЗДС вен,лабораторные анализы ( в том числе сахар крови).

Лечение – санация гнойного очага.

#### Задача №3

Острый варикотромбофлебит правой голени на фоне ПТБ.

УЗДС вен.Лабораторные анализы.

Лечение консервативное- общая и местная терапия.

#### Задача №4

Тромбоэмболия сегментарных ветвей легочной артерии.

Рентгенография грудной клетки , ЭКГ.

Лечение в условиях отделения реанимации тромболитичес (фибринолитики, антикоагулянты прямого действия,коррекция сердечно-сосудистой и легочной недостаточности).

#### Задача №5

Подготовка к срочному оперативному лечению.

Радикальная операция – Флебэктомия.

Задача №6

Рожистое воспаление левой голени эритематозная форма.  
Консультация врача-инфекциониста.

Задача №7

Острый илеофemorальный флеботромбоз справа.  
Переход тромба через СФС или перфорантные вены на глубокую венозную систему.  
Транспортировка на каталке в машине СМП (не пешком!).

Задача №8

Венотоники, антиагреганты, НПВС. Местно гепаринсодержащие гели (лиотон 1000 гель, венолайф, тромблесс и др.).  
Эластическая компрессия (эластический бинт, специальный медицинский трикотаж 2-3 класса компрессии) цель- профилактика ТЭЛА.

Задача №9

Паранеопластический процесс.  
УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография грудной клетки (поиск очага первичного ракового роста!).  
Прогноз – неблагоприятный.

Задача №10

Острый варикотромбофлебит левой голени.  
Срочная госпитализация в хирургический стационар, минимальное обследование (обязательно УЗДС вен!).  
Лечение хирургическое – Флебэктомия.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### а) основная учебная литература

1. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. Учебник, т. 1-2, М., ГЭОТАР-Медиа.-2006.
2. Лекции кафедры.

### б) дополнительная учебная литература

1. Савельев В.С. «50 лекций по хирургии». М., 2004.
2. Константинова Г.Д. Практикум по лечению варикозной болезни /Г.Д.Константинова, П.К.Воскресенский, О.В.Гордина и др.-М. Профиль, 2006.- 188 с.
3. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткин М.И. и др. Основы клинической флебологии /под ред. Ю.Л.Шевченко – М., 2005.-398 с.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- 1.БПВ – большая подкожная вена
- 2.ВСК – время свертывания крови
- 3.МПВ – малая подкожная вена
- 4.НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
- 5.ОБВ – общая бедренная вена
- 6.ПкВ – подколенная вена
- 7.ПТБ – посттромботическая болезнь
- 8.ПТИ – протромбиновый индекс
- 9.СОЭ – скорость оседания эритроцитов
- 10.СПС – сафенопоплитеальное соустье
- 11.СФС – сафенофemorальное соустье
- 12.ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
- 13.УЗДС – ультразвуковое дуплексное сканирование