

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Заболевания вен нижних конечностей.**

Хирургическая анатомия и нормальная гемодинамика вен нижних конечностей, методы исследования, виды выполняемых операций. **Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.** Понятие, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, методы оперативного и консервативного лечения.

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Заведующий кафедрой хирургических  
болезней 6-7 курса и урологии, д.м.н.,  
профессор \_\_\_\_\_ Нишанов Ф.Н.**

## **РЕГЛАМЕНТ**

учебного времени кафедры  
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	<b>Продолжи- тельность (мин)</b>	<b>Время (от - до)</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>45</sup> - 8 <sup>50</sup>
	10	9 <sup>35</sup> - 9 <sup>45</sup>
	10	10 <sup>30</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теорети- ческих вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>35</sup>
7. Перерыв	5	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>50</sup>
	10	13 <sup>35</sup> - 13 <sup>45</sup>
8. Разбор практических навыков.	50	13 <sup>45</sup> - 14 <sup>35</sup>

## ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

### ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяет преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

Оценка знаний студента производится согласно 100 бальной рейтинговой шкале. За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный, выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления.
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

### КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного по теме урока, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физические обследования больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

## **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

На каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболевания, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

## **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

## **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

## ТЕМА ЗАНЯТИЯ

**«Заболевания вен нижних конечностей.** Хирургическая анатомия и нормальная гемодинамика вен нижних конечностей, методы исследования, виды выполняемых операций. **Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.** Понятие, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, методы оперативного и консервативного лечения.

### *Цель занятия:*

1. Изучить хирургическую анатомию и нормальную гемодинамику вен нижних конечностей.
2. Изучить методы исследования, виды выполняемых на венах операций
3. Изучить этиологию, патогенез, клинику и диагностику больных с тромбофлебитом поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации. Уметь провести дифференциальный диагноз.
4. Знать основные принципы лечения больных тромбофлебитом поверхностных и глубоких вен нижних конечностей, показаний к хирургическому лечению, ведения в послеоперационный период.
5. Изучить клинику, диагностику, методы лечения илеофemorального тромбоза.
6. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

### *Контрольные вопросы:*

1. Анатомия и нормальной гемодинамики вен нижних конечностей.
2. Методы исследования вен нижних конечностей.
3. Этиология и патогенез тромбофлебита поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.
4. Клиника, дифференциальный диагноз тромбофлебита поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.
5. Принципы послеоперационного введения больного.
6. Исследование больного с тромбофлебитом глубоких вен голени
7. Этиология и патогенез илеофemorального тромбоза
8. Клиника, дифференциальный диагноз, методы лечения илеофemorального тромбоза.
9. Консервативное лечение тромбофлебитов
10. Хирургическое лечение тромбофлебита поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### **ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН**

Под острым тромбофлебитом понимают воспаление стенки вены, сопровождающееся образованием тромба в ее просвете.

Этиология и патогенез. Среди причин, способствующих развитию острого процесса, важное значение имеют инфекционные заболевания, травматические повреждения, злокачественные новообразования (паранеопластический синдром), аллергические заболевания. Тромбофлебит часто осложняет течение варикозного расширения вен нижних конечностей. Острый тромбофлебит поверхностных вен верхних конечностей встречается относительно редко и обычно является следствием внутривенных инъекций, катетеризации, длительных инфузий лекарственных средств.

В патогенезе тромбообразования имеют значение нарушения структуры венозной стенки, замедление кровотока и повышение свертываемости крови вследствие усиления активности прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза.

Клиническая картина и диагностика. Основным симптомом заболевания — боль по ходу тромбированной вены, усиливающаяся при движениях, физической нагрузке. При осмотре отмечают гиперемию и отек кожи, болезненное уплотнение по ходу вены, обычно четко отграниченное от окружающих тканей. Окружность пораженного отдела конечности не изменяется или незначительно увеличивается (до 1—2 см в диаметре).

Общее состояние больных, как правило, удовлетворительное, температура тела чаще субфебрильная. Лишь в редких случаях наступает гнойное расплавление тромба с развитием сепсиса.

При прогрессирующем течении заболевания тромбоз может распространиться по системе большой подкожной вены в проксимальном направлении за пределы сафенофemorального соустья в виде плавающего (флотирующего) тромба, создавая реальную угрозу эмболии легочной артерии. Развитие

этого осложнения возможно и при распространении тромбоза на глубокие вены через устье малой подкожной вены или несостоятельные прободающие вены.

Исключительно тяжело протекает септический гнойный тромбофлебит, который может осложниться флегмоной конечности, развитием метастатических абсцессов в легких, почках, головном мозге.

Лечение. Метод лечения определяется локализацией патологического процесса. Консервативное лечение в амбулаторных условиях возможно в случаях, когда патологический процесс не выходит за пределы голени или занимает ограниченный участок верхней конечности. В комплекс лекарственной терапии включают препараты, улучшающие реологические свойства крови, микроциркуляцию, оказывающие ингибиторное влияние на адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота, трентал, троксевазин, ксантинола никотинат, никошпан), препараты, обладающие неспецифическим противовоспалительным действием (реопирин, бутадиен, ибупрофен) и дающие гипосенсибилизирующий эффект (диазолин, тавегил, димедрол, супрастин). Целесообразно местно применять гепариновую, бутадионовую мази; обязательны бинтования конечности эластичным бинтом и дозированная ходьба.

В условиях стационара указанное лечение дополняют назначением антикоагулянтов. По мере стихания острых воспалительных явлений назначают физиотерапевтические процедуры: коротковолновую диатермию, электрофорез трипсина (химопсина), йодида калия, гепарина и др.

Хирургическое лечение показано при распространении процесса на подкожную вену бедра (до границы ее нижней и средней трети). Для предупреждения восходящего тромбоза бедренной вены показана срочная перевязка вены — операция Троянова — Тренделенбурга. Если позволяет состояние больного, целесообразно удалить тромбированную вену вместе с участком покрывающей ее кожи и инфильтрированной подкожной жировой клетчаткой.

В настоящее время обычно применяют хирургический метод лечения острого тромбофлебита варикозно-расширенных вен. Это связано с тем, что

операция устраняет основное заболевание, сокращая сроки нетрудоспособности больных, и предупреждает развитие грозных осложнений.

## **ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Этиология и патогенез. Тромбозы глубоких вен наиболее часто наблюдаются на нижних конечностях. Тромбозы чаще развиваются у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, ожирением, у пожилых и онкологических больных. Тромбозы глубоких вен часто появляются после травм, сопровождающихся переломами костей, после патологических и тяжелых родов, после сложных и продолжительных операций. Они могут осложнять течение инфекционных и гнойных заболеваний.

В развитии послеоперационных и посттравматических венозных тромбозов важную роль играет тканевой тромбопластин, который в избыточном количестве поступает из поврежденных тканей в кровеносное русло.

Острые тромбозы вен делят на флеботромбозы и тромбофлебиты. При остром тромбофлебите тромб образуется на измененном участке сосудистой стенки в результате воздействия инфекционных агентов, токсинов, травмы. Тромб рано и достаточно плотно фиксируется к интиме. При флеботромбозе тромб образуется в просвете интактной вены, слабо или совсем не фиксирован к ее стенке, может легко оторваться и вызвать тромбоэмболию легочной артерии. Такой тромб обычно не полностью обтурирует просвет вены, в связи с чем клинические проявления при острых флеботромбозах скудные. Однако спустя 2—3 дня в стенке сосуда на месте тромба наступают вторичные воспалительные изменения, обусловленные повреждающим действием биологически активных веществ, происходит фиксация тромба. К этому времени различия между флеботромбозом и тромбофлебитом стираются.

Клиническая картина и диагностика. Наиболее частой локализацией тромбозов глубоких вен нижних конечностей являются вены голени. Клиническая картина часто бывает стертой. Общее состояние больных остается удовлетво-

рительным, отмечаются незначительные боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при движениях, небольшой отек нижней трети голени, болезненность икроножных мышц при пальпации. Патогномоничными признаками заболевания являются боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы (признак Романса) или при компрессии средней трети голени манжеткой ртутного сфигмоманометра, в которую медленно нагнетают воздух. В то время как у здоровых людей повышение давления в манжетке до 150—180 мм рт. ст. не вызывает никаких болевых ощущений, больные с тромбозами глубоких вен начинают испытывать резкую боль в икроножных мышцах уже при небольшом увеличении давления.

Клиническая картина становится выраженной, когда тромбируются все три парные глубокие вены голени. Это сопровождается резкой болью, чувством распираания, напряжения, отеком голени, нередко сочетающимся с цианозом кожных покровов. Повышается температура тела.

При восходящем тромбозе, распространяющемся на бедренную вену, появляется отек бедра, который никогда не бывает значительным, если не блокируется устье глубокой вены бедра, имеющей богатую сеть анастомозов с ветвями бедренной вены. Пальпация по ходу тромбированной вены болезненна. При сочетанном тромбозе бедренной и подколенной вен иногда возникают отеки, боли, ограничение движений в коленном суставе. Распространение процесса на проксимальный отрезок бедренной вены (выше устья глубокой вены бедра) сопровождается увеличением объема всей пораженной конечности, усилением болей, цианоза кожных покровов.

При илеофemorальном тромбозе больных беспокоят боли по передне-внутренней поверхности бедра, в икроножных мышцах, иногда в паховой области. Конечность увеличивается в объеме, отек распространяется от стопы до паховой складки, иногда переходит на ягодицу. Окраска конечности варьирует от бледной до цианотичной. При пальпации определяется болезненность по ходу магистральных вен на бедре и в паховой области. Через 3—4 дня от начала за-

болевания отек несколько уменьшается и появляется усиленный рисунок кожных вен.

Иногда заболевание начинается внезапно с острых пульсирующих болей в конечности, ее похолодания и онемения, как при артериальной эмболии. Быстро нарастает отек, движения пальцев стопы становятся ограниченными, снижаются чувствительность и кожная температура дистальных сегментов конечности, ослабевает или исчезает периферическая пульсация. Эту форму илеофemorального тромбоза называют «псевдоэмболической», или белым болевым флебитом (*phlegmasia alba dolens*). В основе ее лежит сочетание тромбоза глубоких вен с выраженным артериальным спазмом.

При распространенном тромбозе всех глубоких вен нижней конечности и таза конечность резко увеличивается в объеме, становится отечной, плотной. Кожа приобретает темно-голубую или почти черную окраску. На ней появляются пузыри с серозной или геморрагической жидкостью — синий болевой флебит (*phlegmasia coerulea dolens*). Характерны сильные рвущие боли, отсутствие пульсации периферических артерий. В тяжелых случаях развиваются шок, венозная гангрена конечности.

Восходящий тромбоз нижней полой вены — осложнение тромбоза магистральных вен таза. Отек и цианоз захватывают здоровую конечность и распространяются на нижнюю половину туловища. Боли в поясничной и гипогастриальной областях сопровождаются защитным напряжением мышц передней брюшной стенки.

Диагностика острых тромбозов магистральных вен нижних конечностей основывается на данных клинической картины заболевания. Наиболее простым и безопасным методом обнаружения флеботромбозов является радиоиндикация с помощью фибриногена, меченого радиоактивным изотопом  $^{125}\text{I}$ , обладающим длительным периодом полураспада (60 дней). При внутривенном введении препарата он накапливается в тромбах, после чего измеряют радиоактивность в местах расположения тромбов по ходу глубоких вен голени и бедра. Повы-

шение радиоактивности на исследуемых участках свидетельствует о наличии тромбов в просвете вены.

Реже возникает необходимость в выполнении флебографии. Ее применяют для оценки расположения и протяженности тромба, для дифференциации илеофemorального венозного тромбоза от отеков нижней конечности другой этиологии (лимфостаз, сдавление вен опухолями, воспалительными инфильтратами). Флебографии принадлежит решающее значение в диагностике флотирующих (неокклюзирующих просвет сосуда) тромбов. Флебография противопоказана при развившейся венозной гангрене. Основными рентгенологическими признаками острого тромбоза являются: отсутствие контрастирования или «ампутация» магистральных вен, наличие дефектов наполнения в просвете сосуда. Последний признак свидетельствует о неокклюзирующем тромбозе. Косвенными признаками непроходимости подвздошных вен, выявляемыми при дистальной флебографии считают расширение глубоких вен голени, подколенной и бедренной вен, длительную задержку в них контрастного вещества. Характер патологического процесса при этом определяют при проксимальной флебографии.

Перспективным методом диагностики илеофemorальных тромбозов является ультразвуковое исследование. С помощью ультразвукового сканирования удастся визуализировать просвет бедренных и подвздошных вен, определить их диаметр, уточнить уровень и протяженность окклюзии.

Лечение. Хирургическое лечение является радикальным методом при острых тромбозах магистральных вен: тромбэктомия, выполняемая с помощью катетера Фогерти, позволяет восстановить кровоток в сосудах, сохранить их клапанный аппарат и тем самым предотвратить развитие посттромбофлебического синдрома.

Тромбэктомия показана при флотирующем тромбе, массивном илеофemorальном венозном тромбозе, при синем болевом флебите, эмбологенном тромбозе, при сегментарном тромбозе бедренной или подвздошной вены, распространении тромбоза на нижнюю полую вену. Радикальная тромбэктомия осу-

ществима только в ранних стадиях заболевания, когда тромботические массы фиксированы к интима сосуда непрочно. Операции возможны лишь на венах среднего и крупного диаметра (подколенная, бедренная, подвздошная, нижняя полая вена). Ретроградное удаление тромба из левых подвздошных вен через флеботомическое отверстие в бедренной вене не всегда осуществимо из-за сдавления ее правой подвздошной артерией, наличия внутрисосудистых перегородок и спаечного процесса в просвете общей подвздошной вены. Тромбэктомия из правых подвздошных вен сопряжена с опасностью тромбоэмболии легочной артерии. Тромбоз магистральных вен чаще носит восходящий характер. Он берет начало в венах голени, из которых удаление тромбов невыполнимо. Поэтому после тромбэктомии из крупных вен часто развиваются ранние послеоперационные ретромбозы. Шунтирующие операции не получили распространения в связи со сложностью их выполнения и частыми тромбозами.

В зависимости от локализации тромбоза и его распространенности выполняют следующие виды операций: 1) дистальную перевязку бедренной вены (при изолированном тромбозе вен голени); 2) тромбэктомию из бедренно-подколенного сегмента или проксимальную перевязку бедренной вены (при первичном ограниченном тромбозе бедренно-подколенного сегмента); 3) тромбэктомию из подвздошной вены (при изолированном ее поражении); 4) пликацию нижней полой вены (создание в ее просвете узких каналов или введение специальных фильтров, задерживающих тромбы).

Консервативное лечение острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей аналогично проводимому при артериальных тромбозах (см. «Заболевания периферических артерий. Тромбозы и эмболии»). Включение в лекарственную терапию тромболитических препаратов патогенетически обосновано. Первичная тромболитическая терапия особенно показана при восходящем тромбозе вен голени с распространением на бедро (ввиду малой эффективности тромбэктомии), а также при высоком риске оперативного вмешательства (например, при свежем инфаркте миокарда). Эффективность тромболизиса наибольшая при ранних сроках заболевания.

Комплексное консервативное лечение сочетают с ранней активизацией больных. Постельный режим показан пациентам только в начальной стадии заболевания при наличии болей и отека пораженной конечности. При этом на конечности должны быть наложены эластичные бинты, а ножной конец кровати приподнят под углом 15—20°. Целесообразно назначить комплекс специальных гимнастических упражнений, улучшающих венозный отток. Занятия проводят под контролем методиста лечебной физкультуры. После стихания острых воспалительных явлений показана дозированная ходьба. Вопрос об активизации больных с повышенным риском развития тромбоза следует решать крайне осторожно. К этой группе относят лиц с предшествующими эмболическими осложнениями, больных с изолированным тромбозом бедренно-подколенного сегмента справа, а также пациентов с илеофemorальным венозным тромбозом, распространившимся на нижнюю полую вену.

Профилактика. Предупреждение развития тромбозов глубоких вен имеет большое значение, так как избавляет больных от таких грозных осложнений этого заболевания, как тромбоз легочной артерии, посттромбофлебитический синдром. Необходимость проведения профилактики тромбозов особенно велика у лиц пожилого возраста, у больных с онкологическими и тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы; при ожирении; после операций, особенно гинекологических, онкологических и травматологических. Указанному контингенту больных должны быть назначены препараты, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (реополиглюкин, компламин, ксантинола никотинат и др.), ингибирующие адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (трентал, ацетилсалициловая кислота, курантил), снижающие коагуляционный потенциал крови (малые дозы гепарина, антикоагулянты непрямого действия). Неспецифическая профилактика тромбозов включает бинтование конечностей эластичными бинтами, электрическую стимуляцию мышц голени, проведение комплекса гимнастических упражнений, улучшающих венозный отток, раннее вставание в послеоперационном периоде,

своевременную коррекцию водно-электролитных нарушений, устранение анемии, коррекцию сердечно-сосудистых и дыхательных нарушений.

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

### **ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ**

1. Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается:
  - a) в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней
  - b) в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
  - c) между листками глубокой фасции на всем протяжении
  - d) субфасциально
  - e) между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней
2. При оценке проходимости глубоких вен используется функциональная проба:
  - a) Мейо-Претта
  - b) Тальмана
  - c) Шейниса
  - d) Гаккенбруха
  - e) Броди-Троянова-Тренделенбурга
3. Для флеботромбоза подвздошно-бедренного сегмента не характерно
  - a) гиперемия кожи бедра в области прохождения вен
  - b) отек стопы и голени
  - c) распирающие боли в бедре
  - d) увеличение объема бедра и голени
  - e) цианотичность кожи бедра
4. Наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен является:
  - a) эмболия легочной артерии
  - b) трофическая язва голени
  - c) тромбофлебит поверхностных вен
  - d) облитерация глубоких вен
  - e) слоновость
5. Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей препятствует:
  - a) все перечисленное
  - b) строгий постельный режим
  - c) антикоагулянтная терапия
  - d) антиагрегантная терапия
  - e) эластическое бинтование
6. Наиболее частой причиной развития тромбоэмболии является тромбофлебит:
  - a) Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
  - b) Лицевых вен

- c) Глубоких вен верхних конечностей
  - d) Поверхностных вен нижних конечностей
  - e) Поверхностных вен верхних конечностей
7. Какие симптомы наиболее характерны для острого тромбоза бедренной вены
- a) ответы b, c, e
  - b) резкий отек нижней конечности
  - c) болезненность по ходу гунтерова канала
  - d) некроз пальцев стоп
  - e) распирающие боли в бассейне большой подкожной вены
8. Наиболее типичными симптомами посттромботического синдрома являются:
- a) Все перечисленное
  - b) Боли и отеки нижней конечности
  - c) Вторичное варикозное расширение подкожных вен на голени и бедре
  - d) Индурация подкожной клетчатки
  - e) Дерматит и изъязвления на голени
9. При илеофemorальном венозном тромбозе у беременной необходимо :
- a) госпитализировать в сосудистое отделение
  - b) госпитализировать в родильный дом
  - c) проводить консервативную терапию в домашних условиях
  - d) определить характер лечения после определения протромбинового индекса в амбулаторных условиях
  - e) направить больную в женскую консультацию
10. Для флеботромбоза подключично-подмышечного венозного тромбоза не характерно
- a) снижение пульсации на лучевой артерии
  - b) усталость в руку при работе
  - c) отек руки
  - d) цианоз кожных покровов предплечья и плеча
  - e) распирающие боли в конечности
11. Современной методом диагностики тромбоза нижней полой вены является
- a) радиоиндикация меченым фибриногеном
  - b) ретроградная илиокаваграфия
  - c) дистальная восходящая функциональная флебография
  - d) сфигмография
  - e) ретроградная бедренная флебография

## Задачи

1. Больной, 30 лет, госпитализирован с жалобами на боли в правой нижней конечности, перемежающуюся хромоту. Боли постоянные. Временами отмечаются повышение температуры, отек, гиперемия, уплотнение и болезненность по ходу вен. Имеется отек правой нижней конечности. Начиная от стопы до нижней трети голени, кожа синюшно-розового цвета. Пальпируются тромбированные вены. Пульсация артерии на стопе отсутствует, а в подколенной и бедренной четкая.

Ваш диагноз, для подтверждения сказанного какие дополнительные исследования надо проводить и схема лечения?

2. Больная, 35 лет, госпитализирована с наличием сильных болей и левой голени распирающего характера, отек левой нижней конечности. Процесс начался остро и сопровождается высокой температурой. Левая нижняя конечность по сравнению с правой увеличена в два раза, отмечается болезненность и области икроножных мышц. Движения болезненны.

Какой диагноз предполагаете, какие исследования необходимы и план лечения?

3. У больной, 42 лет, диагностирован острый тромбоз глубоких вен левой голени. Применяется комплексное консервативное лечение, в сочетании с антикоагулянтами.

Какими антикоагулянтами можно пользоваться, правила назначения и контроль их в период лечения?

4. У больной, 30 лет, с диагнозом острый тромбоз подкожных вен правой голени был назначен гепарин. Спустя несколько дней, по время обхода выявлены признаки, говорящие о передозировке антикоагулянтов.

Какие признаки об этом говорят и как надо построить лечение в данном наблюдении?

5. Больная, 45 лет, поступила в стационар с жалобами на чувство ломоты, особенно по вечерам и незначительный отек левой стопы и голени, 5 лет назад перенесла острый тромбоз глубоких вен левой голени. Проводилось консервативное лечение и была выписана из стационара с улучшением. Левая голень по сравнению с правой несколько увеличена, вены не расширены и кожа без изменений. Пальпаторно мышцы болезненны, симптомы Опитца-Рамина-песа и Хоманса положительные.

Какой диагноз предполагаете, для подтверждения какие анализы надо проводить и Ваша тактика лечения?

6. Больная, 40 лет, по специальности кондуктор автобуса, поступила с жалобами на боли по ходу вен левой голени, затруднения ходьбы и повышение температуры. Страдает она варикозным расширением вен нижних конечностей несколько лет. Последние недели появились вышеуказанные жалобы. При осмотре — отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей магистрального типа. На левой голени варикозные вены набухшие и пальпаторно резко болезненны. Кожа над ними гиперемирована.

В данном случае какое осложнение варикозного расширения вен нижних конечностей развилось, план обследования и лечения?

7. У больного восходящий илеофemorальный тромбоз. Ваша тактика ?

8. У больного с илеофemorальным тромбозом появилось затрудненное дыхание, цианоз, кровохарканье. Какое это осложнение? Назначьте лечение

9. Тромбоз общей подвздошной вены. При операции удалить тромб полностью не удалось. Что следует делать?

10. Имеется подозрение на глубокий тромбоз вен голени. Как подтвердить диагноз?

## **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

### **Основная:**

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. –М.: Медицина. –1995.

### **Дополнительная:**

1. Алексеев П.П. Методы диагностики заболеваний сосудов нижних конечностей. М., 1971.

2. Аскерханов Р.П. Хирургия периферических вен. Махачкала, 1973.

3. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. Л., «Медицина», 1983.

4. Гавриленко А.В., Скрылев С.И., Радкевич Ф.А. Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей// Ангиология и сосудистая хирургия. -1997. -№ 2. -С. 127-134.

5. Клемент А.А., Введенский А.А. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. Л., 1976.

6. Лидский А.Т. Важнейшие заболевания периферических сосудов .М., 1958.

7. Лидский А.Т. Хроническая венозная недостаточность. М., 1969.

8. Савельев В.С. Актуальные вопросы хирургии сосудов. М., 1976.

9. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. Киев, «Здоровье», 1984.

10. Jimenez Cossio J.A. Эпидемиология варикозных заболеваний// Флебологическая ангиология. -1996. -№ 1. -С. 8-12.