

Задача № 12

Пациентка А., 32 лет предъявляет жалобы на наличие выраженной сосудистой сетки на коже обеих нижних конечностях, периодически – ощущение жжения в них. Данные образования представляют для больной существенный косметический дефект.

St. localis: (Рис. 1). Подкожные вены без признаков варикозной трансформации, отёка нижних конечностей нет. Пульсация на артериях стопы отчётливая.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли использовать дополнительные инструментальные методы для обследования данной больной. Если «да», то какие? Если «нет», то почему?
3. Какой метод лечения оптимален в данной клинической ситуации и почему?
4. Какие разновидности рекомендуемого лечения Вы знаете?
5. Какие осложнения возможны в ходе его выполнения и после него?
6. Исключает ли проведение рекомендуемого Вами метода лечения возникновение варикозных вен в последующем?
7. Какие консервативные лечебные мероприятия показаны данной больной после выбранного Вами метода лечения?



Рис. 1

Задача № 13

Больная Л., 56 лет, жалуется на отёк правой нижней конечности, увеличивающийся к концу рабочего дня, варикозное расширение поверхностных вен и наличие кожного дефекта на голени, появившегося после незначительной травмы. Дефект не заживает в течение 2 мес.

5 лет назад лечилась по поводу перелома правого бедра. В то время отёков конечности не было. Какого-либо специального лечения не получала.

При осмотре выявлен отёк всей правой нижней конечности, варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены на голени. Отмечены варикозно расширенные вены над лобком, индурация и гиперпигментация кожи медиальной поверхности нижней трети голени. По медиальной поверхности голени в нижней трети поверхностные дефекты кожи с вялыми грануляциями. У медиальной лодыжки имеются дефекты кожи диаметром максимально до 3 см под струпами (Рис. 1).

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. В чем причина его развития?
3. На что указывают расширенные вены в лобковой области?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. С помощью каких методов можно уточнить характер поражения и наметить правильную лечебную тактику?
6. Нужно ли больной провести склеротерапию?
7. Какое лечение Вы рекомендуете?



Рис. 1

Задача № 15

Больной К., 57 лет, поступил в клинику с жалобами на расширение подкожных вен правой нижней конечности, чувство тяжести в ней, отёк стопы и голени, которые возникают к концу рабочего дня.

При осмотре отмечается отёчность стопы и нижней трети голени, варикозно расширенные вены на медиальной, задней и латеральной поверхностях голени. В нижней трети голени по медиальной поверхности отмечается участок гиперпигментации и индурации кожи, пальпация этой зоны умеренно болезненна (Рис. 1).

По данным УЗ-ангиосканирования выявлена клапанная недостаточность ствола большой подкожной (на бедре) и малой подкожной (в верхней половине голени) вен. Глубокие вены проходимы, клапаны их состоятельны.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. В бассейне какой вены отмечено варикозное расширение вен?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Показано или нет больному оперативное лечение?
5. Если «да», то, каким способом можно устранить клапанную недостаточность большой и малой подкожных вен?
6. Если «нет», то как лечить больного?



Рис. 1

Задача № 25

Больная В., 23 лет жалуется на наличие варикозных вен на левой голени, тяжесть в левой ноге, её утомляемость к концу рабочего дня.

Местно: (**Рис. 1**). Симптом Гаккенбруха положительный.

При ультразвуковом ангиосканировании обнаружена клапанная недостаточность левой большой подкожной вены, глубокие вены левой нижней конечности без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какой метод лечения показан данной больной?
3. Если показана операция, какой способ вмешательства будет оптимальным в данном случае?
4. Назовите особенности анестезии при использовании эндоваскулярных методов лечения варикозной болезни.
5. Необходима ли госпитализация больной в хирургический стационар для проведения хирургического лечения?
6. Какие рекомендации необходимо выполнять пациентке после операции?



Рис. 1

Задача № 29

Пациентка М., 72 лет, предъявляет жалобы на наличие трофической язвы на правой голени. При обследовании диагностирована посттромботическая болезнь правой нижней конечности, частичная реканализация глубоких вен правой нижней конечности.

Ранее по поводу данного заболевания не лечилась, перенесённые тромбозы глубоких вен отрицает.

Открытая трофическая язва появилась впервые, не заживает в течение 3-х месяцев, несмотря на проводимое амбулаторное лечение в поликлинике.

St.localis: правая нижняя конечность пастозна, подкожные вены расширены, на голени в нижней трети – трофические расстройства циркулярного характера, у медиальной лодыжки – дефект кожи 3×4 см, с инфильтрированными краями, мутным отделяемым, дно покрыто фибрином отмечается болезненность при пальпации окружающих тканей (**Рис. 1**).

Вопросы:

1. Что явилось причиной развития трофических расстройств и венозной язвы?
2. Какой метод лечения показан данной пациентке?
3. Какие методы консервативного лечения следует использовать для скорейшей эпителизации трофической язвы?
4. Показан ли лечебный компрессионный трикотаж в данной фазе воспаления трофической язвы?
5. Какие варианты хирургического лечения возможны в данной ситуации?
6. Показана ли флебэктомия в данном случае?



Рис. 1

Задача №34

Пациентка В., 40 лет предъявляет жалобы на наличие варикозных вен на правой голени, ночные судороги, тяжесть и утомляемость правой ноги, отёчность в области лодыжки к концу рабочего дня.

Местно: **Рис. 1.** Симптом Гаккенбруха сомнительный.

При ультразвуковом ангиосканировании обнаружена клапанная недостаточность малой подкожной вены и перфорантных вен по внутренней поверхности правой голени. Клапаны большой подкожной вены состоятельны. Глубокие вены без патологии.

Вопросы:

1. На основании лишь клинических данных поражение каких вен правой нижней конечности у данной пациентки можно заподозрить?
2. Какой объем оперативного вмешательства показан данной пациентке?
3. Какие варианты хирургического лечения возможны в данной ситуации?
4. Показана ли операция Троянова-Тренделенбурга?
5. Какие рекомендации следует дать больной?



Рис. 1

Задача № 52

Пациентка Л, 37 лет, обратилась к хирургу с жалобами на наличие варикозных вен и боли в нижних конечностях.

Три года назад во время беременности впервые появились варикозные вены на левой нижней конечности, увеличившиеся после родов и периода кормления.

Около года назад стали беспокоить боли в левой голени и отёчность голени к концу рабочего дня.

При осмотре имеются варикозные вены на голени в бассейне большой подкожной вены (**Рис. 1**).

По данным ультразвукового ангиосканирования выявлена клапанная недостаточность большой подкожной вены и перфорантных вен.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая стадия болезни имеется у этой больной?
3. Нужно ли больную оперировать?
4. Какое ещё лечение можно предложить больной?



Рис.1

Задача № 110

Больная Г., 70 л., 35 лет назад оперирована по поводу левостороннего илиофemorального флеботромбоза. Последние 10 лет отмечает появление конгломератов варикозных вен на лобке, наружных половых органах, в паховых областях, нижних конечностях (**Рис. 1**), беспокоят боли в нижних отделах живота при статических и физических нагрузках.

Левая н/к: в 2/3 бедра – послеоперационный рубец. Конечность не отёчна, голень пастозна. Кожные покровы обычной окраски, тёплые. Варикозные вены по передней поверхности бедра и голени. Пульсация на артериях отчётливая на всём протяжении. Пальпация сосудисто-нервного пучка безболезненна. Симптомы Хоманса, Мозеса отрицательные. Симптом Гаккенбруха положительный.

Правая н/к: не отёчна, голень пастозна. Кожные покровы обычной окраски, тёплые. Варикозные вены по внутренней поверхности бедра и голени. Пульсация на артериях отчётливая на всём протяжении. Пальпация сосудисто-нервного пучка безболезненна. Симптомы Хоманса, Мозеса отрицательные. Симптом Гаккенбруха положительный.

Больная дообследована, выполнены ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей и таза (**Рис. 2**) и радионуклидная флебосцинтиграфия левой н/к (**Рис. 3**), обнаружены посттромботические изменения глубоких вен левой нижней конечности.

Вопросы:

1. Предположите, какую операцию выполнили больной по поводу левостороннего илиофemorального флеботромбоза?
2. Чем обусловлена варикозная трансформация вен наружных половых органов, лобковой и паховых областей?
3. О чем свидетельствует положительный симптом Гаккенбруха?
4. Какие изменения, характерные для посттромботической болезни, Вы видите на ультразвуковой ангиосканограмме?
5. Какие изменения, характерные для посттромботической болезни, Вы видите на радионуклидных флебосцинтиграммах?



Рис. 1

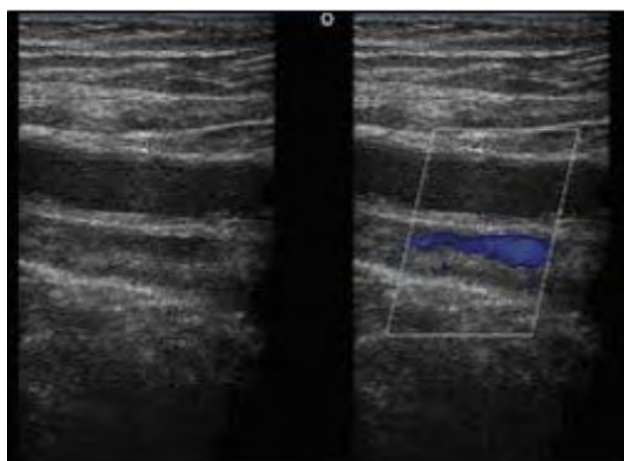


Рис. 2



Рис. 3

Задача № 116

Больная К., 32 г. предъявляет жалобы на отёчность и боли в левой н/к, наличие варикозных вен на ней.

Из анамнеза известно, что 3 года назад после родов перенесла левосторонний илиофemorальный флеботромбоз. В последующем принимала пероральные антикоагулянты в течение 2-х месяцев, использовала компрессионный трикотаж.

Последний год отмечает усиление отёка всей левой нижней конечности, отёк носит постоянный характер, стали беспокоить боли и судороги в левой н/к, повышенная утомляемость левой н/к.

Левая н/к: отёчна, разница периметров в с/3 голени +2,5 см, в с/3 бедра +1,5 см. Кожные покровы обычной окраски, кожных изменений нет. Варикозные вены на бедре и голени в бассейне большой подкожной вены. Пальпация сосудисто-нервного пучка безболезненна. Пульсация на артериях отчетливая. Симптомы Хоманса, Мозеса отрицательные. Симптом Гаккенбруха положительный.

Правая н/к: не изменена.

Больная дообследована. Выполнена тазовая флебография, выявлена слабая реканализация левых подвздошных вен. Дистальное венозное русло по данным УЗ-ангиосканирования проходимо.

Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз
2. Оцените адекватность консервативного лечения после эпизода перенесённого острого венозного тромбоза.
3. Опишите патологические изменения на флебограммах (**Рис. 1**).
4. Этапы каких эндоваскулярных лечебных процедур представлены на флебограммах (**Рис. 2 и Рис. 3**)?



Рис. 1

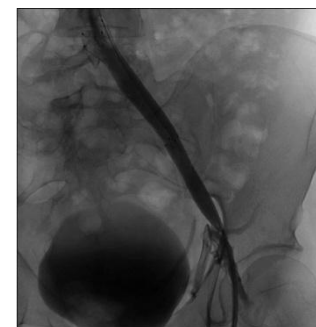
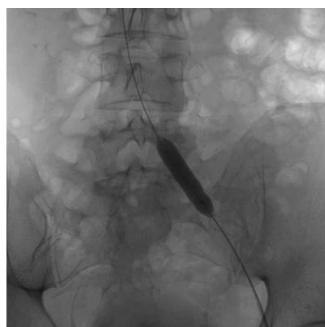


Рис. 2

Рис. 3

Задача № 122

Больная С., 33 г., обратилась за медицинской помощью с жалобами на наличие варикозных вен в надлобковой области (**Рис. 1**), боли в правой паховой области, отёк правой голени.

Из анамнеза известно, что в 10-летнем возрасте перенесла пункцию и катетеризацию правой общей бедренной вены, затем – операцию на венах – какую, уточнить не может, медицинская документация по этому вопросу отсутствует.

Больная дообследована. Выполнены ультразвуковое ангиосканирование вен н/к и таза, мультиспиральная компьютерная томография тазовых вен с внутривенным контрастным усилением (**Рис. 2**) и тазовая флебография (**Рис. 3**). Диагностированы посттромботическая болезнь, хроническая окклюзия правых подвздошных вен, функционирующий бедренно-бедренный шунт.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больной после катетеризации бедренной вены?
2. Предположите, какую операцию выполнили больной 23 года назад?
3. Опишите изменения на серии флебограмм.
4. Какие варианты лечения возможны у данной больной?

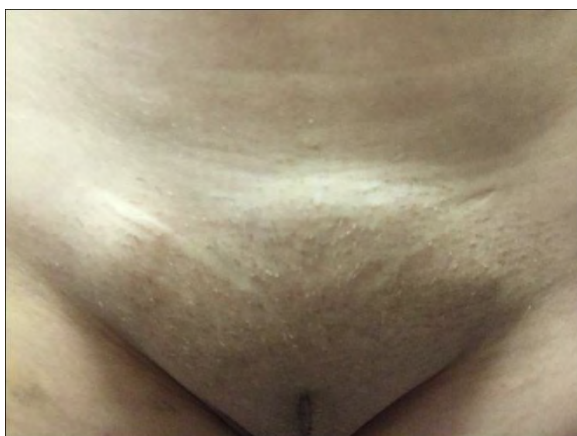


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

Задача № 123

Пациентка К., 62 лет, предъявляет жалобы на отёк правой нижней конечности, увеличивающийся к концу дня, варикозное расширение подкожных вен, потемнение кожи правой голени.

2 года назад перенесла перелом костей правой голени, выполнялась гипсовая иммобилизация. После снятия гипсовой повязки долго сохранялся отёк правой нижней конечности, в нижней трети голени у медиальной лодыжки открылась рана, которая не заживала около 3 мес.

При осмотре правая нижняя конечность отёчная (Рис.1), большая подкожная вена на голени и бедре варикозно расширена, по медиальной поверхности голени в нижней ее трети зона гиперпигментация кожи и индурации размерами 12 × 7 см.

Пациентке выполнено ультразвуковое ангиосканирование: справа выявлена клапанная недостаточность ствола большой подкожной вены на бедре, глубокие вены голени, подколенная и бедренные вены с утолщенными, гиперэхогенными стенками, при компрессии датчиком сжимаются полностью, наружная подвздошная вена (Рис. 2) с «мозаичным» кровотоком, при компрессии датчиком сжимается не полностью.

Вопросы:

1. Укажите причину отёка правой нижней конечности после снятия гипсовой повязки.
2. Чем можно объяснить появление длительно не заживающей раны правой голени?
3. Как следует трактовать представленную ультразвуковую картину?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие дополнительные исследования Вам потребуются для определения тактики лечения?
6. Назначите ли Вы компрессионную терапию?
7. Ваша дальнейшая лечебная тактика?



Рис. 1



Рис. 2

Задача №140

Пациентка К., 72 лет обратилась с жалобами на трофическую язву правой голени, которая повторно открылась в течение последних 2 месяцев (Рис. 1). Из анамнеза известно, что более 40 лет назад перенесла тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Впоследствии (около 30 лет назад) была выполнена операция Линтона в связи с прогрессирующими трофическими нарушениями мягких тканей голени и рецидивирующими венозными язвами. В результате операции наблюдалась продолжительная ремиссия венозного заболевания.

Местно: правая голень и стопа умеренно отёчные, по медиальной поверхности голени старый послеоперационный рубец, в нижней части которого (в область медиальной лодыжки) после удаления струпа определяется дефект (изъязвление) кожи размерами 2,1 x 1,0 см, с фибрином в дне и начальной эпителизацией (Рис. 2).

Пациентке выполнено ультразвуковое ангиосканирование: справа глубокие вены голени и подколенная вена с утолщенными, гиперэхогенными стенками, при компрессии датчиком сжимаются полностью, клапаны их несостоятельные, в области медиальной лодыжки имеется несостоятельный перфорант диаметром 5 мм.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Чем можно объяснить повторное образование трофической язвы правой голени?
3. Укажите стадию раневого процесса.
4. Какое местное лечение Вы можете рекомендовать?
5. Показаны ли в данном случае хирургические методы лечения?



Рис. 1



Рис. 2

Задача №141

У больной К., 38 л., с жалобами на отёк правой нижней конечности, венозную хромоту, повышенную утомляемость и тяжесть в правой н/к при ультразвуковом ангиосканировании диагностирована посттромботическая болезнь правой н/к с сегментарным поражением правых наружной и общей подвздошных вен и формированием хронической посттромботической окклюзии этих вен. В дистальных участках глубоких вен правой и левой н/к патологии не обнаружено.

Медикаментозное и компрессионное лечение существенного влияния на симптомы заболевания не оказало, в течение года отмечает увеличение отёка правой н/к.

Вопросы:

1. Показано ли больной хирургическое лечение?
2. Если «Да», то какой оперативный метод оптимален в данной клинической ситуации?

Если «Нет», то как лечить больную?

3. Почему баллонную ангиопластику вен всегда рекомендуют дополнять имплантацией стента?
4. Опишите представленные на **Видео 1** этапы эндоваскулярного вмешательства на правых подвздошных венах при их посттромботической окклюзии.