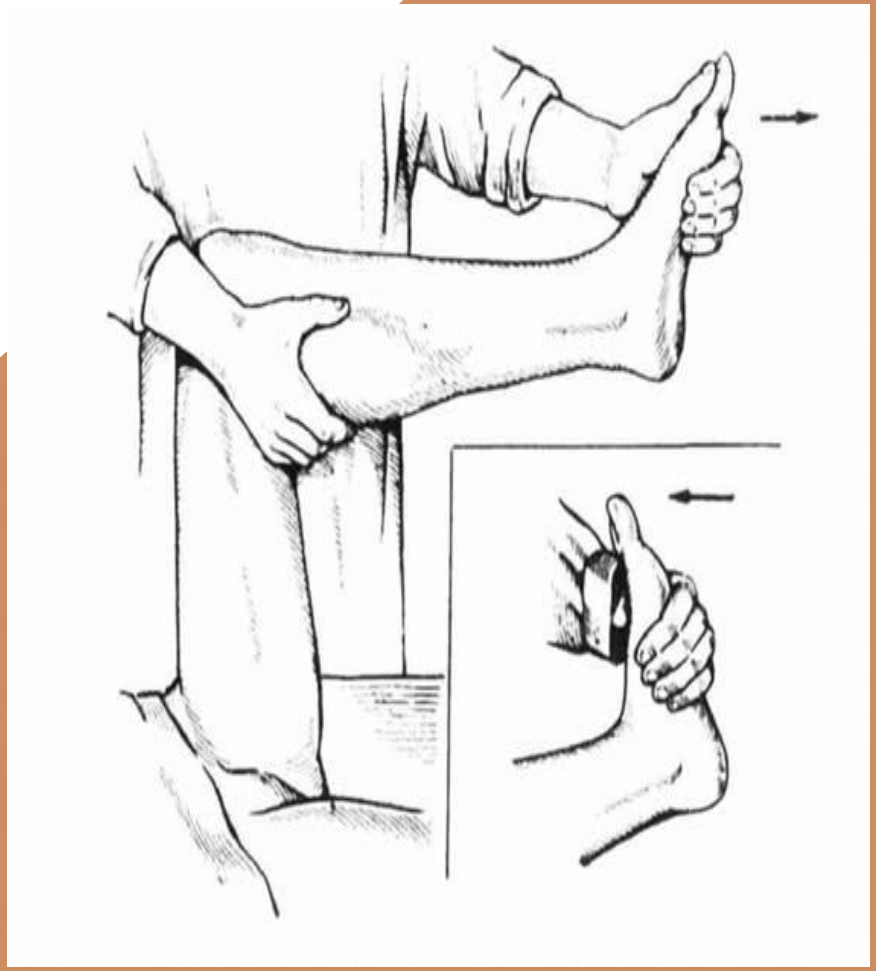
НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И КАРДИОТОРАКЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ТЕМА: ПРОВЕДЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН У ТЕМАТИЧЕСКИХ И ЗДОРОВЫХ БОЛЬНЫХ

Подготовила:Егемтаева А.К.
Группа: 420 ОМ
Проверил:Оразбаев С.Т.

Нур-Султан,
2020 .

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛУБОКИХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ НЕ ТОЛЬКО ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ, НО И ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.



ПРОБА МЕЙО — ПРАТТА (ПРАТТА-1)

Положение больного: лежа с приподнятой конечностью

Методика: бинтование всей ноги от пальцев до верхней трети бедра эластичным бинтом. Затем в паху накладывают резиновый жгут, сдавливающий поверхностные вены. После этого пациент ходит 20 — 30 мин.

Критерии оценки: при непроходимости глубоких вен возникают распирающие боли (проба отрицательная).

Проба Мэйо-Пратта основана на субъективных ощущениях больного, поэтому ее результат не может считаться достоверным.

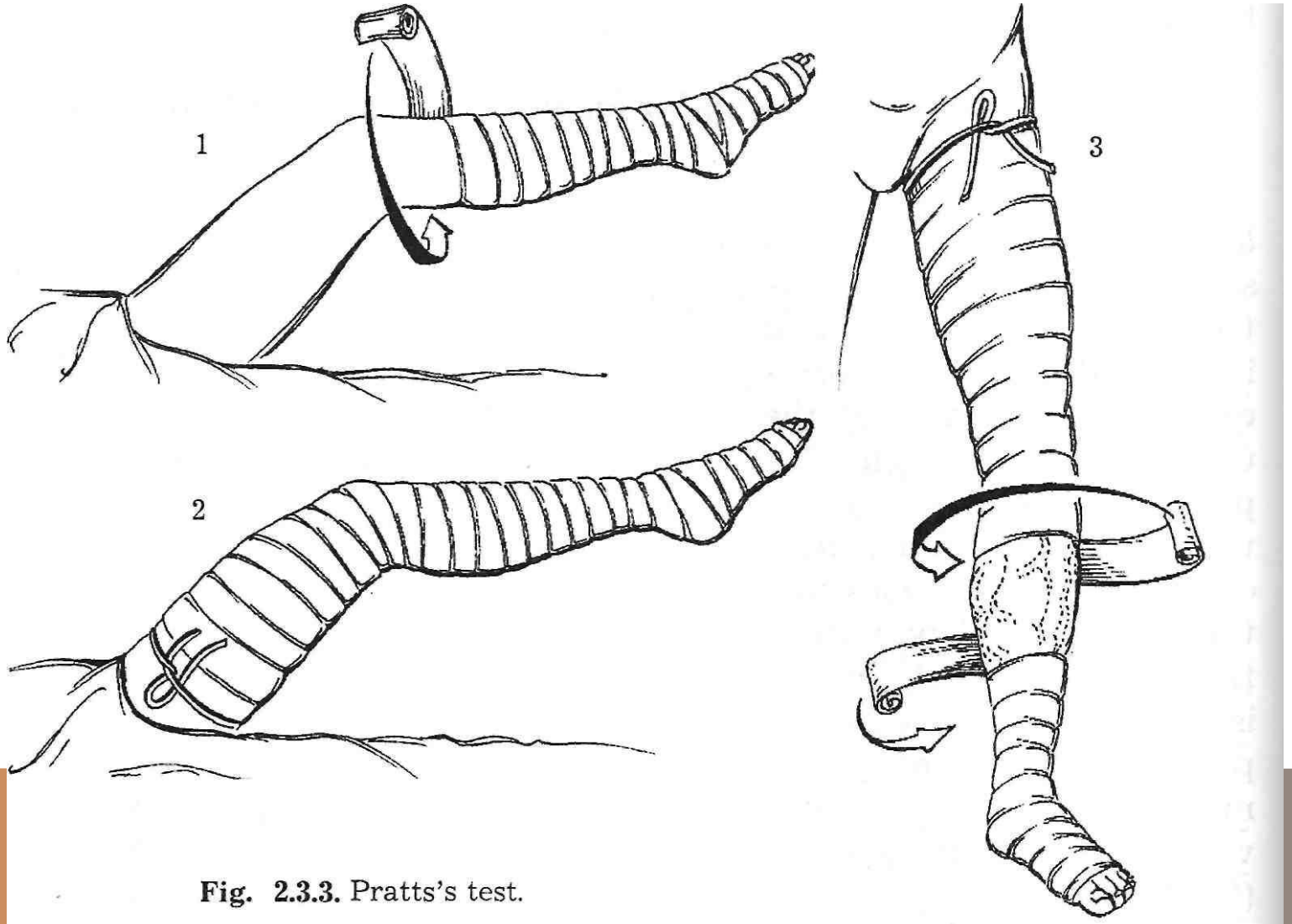


Fig. 2.3.3. Pratts's test.

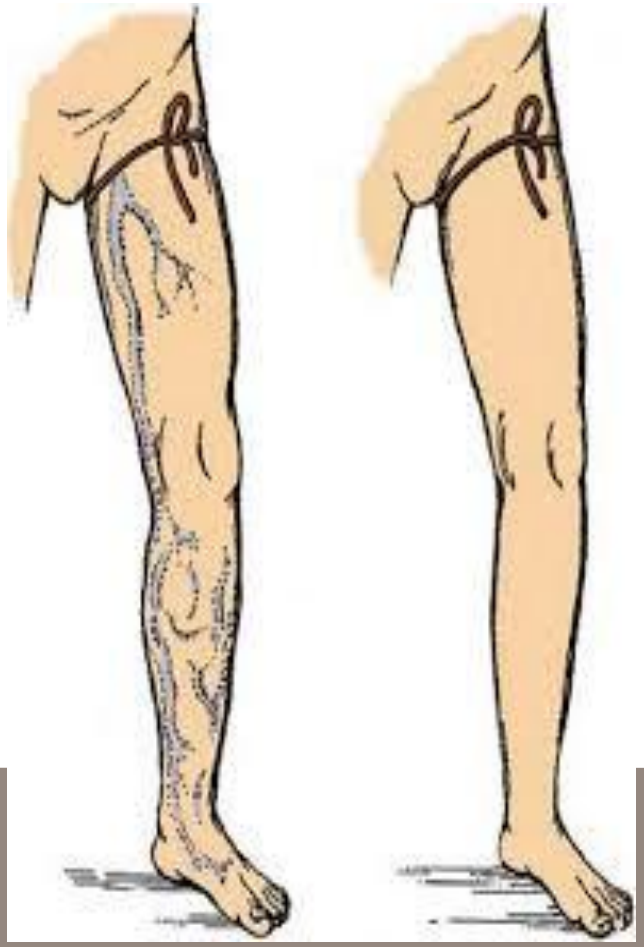
ПРОБА ДЕЛЬБЕ-ПЕРТЕСА (МАРШЕВАЯ ПРОБА):

Положение больного: вертикальное

Методика: на верхнюю треть бедра накладывают жгут. Пациент ходит в теч. 10 мин.

Оценка: При хорошей проходимости глубоких вен подкожные вены спадаются в течение одной минуты (проба положительная). Если же подкожные вены набухают — значит, глубокие непроходимы.

При непроходимости магистральных вен появляются распирающие боли, усиливается наполнение подкожных вен. Следует иметь в виду, что чувство тяжести, боль в ногах при выполнении пробы Дельбе-Пертеса могут быть обусловлены и несостоятельностью коммуникантных вен нижних конечностей.



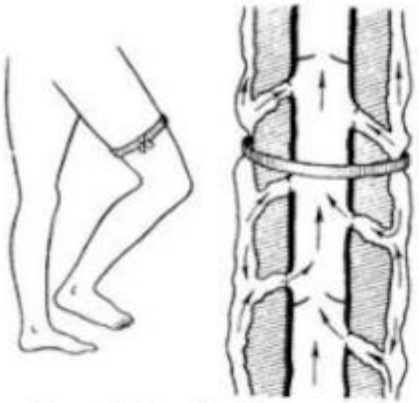


Рис. 1. Проба Пертеса отрицательная. Глубокие вены проходимы.

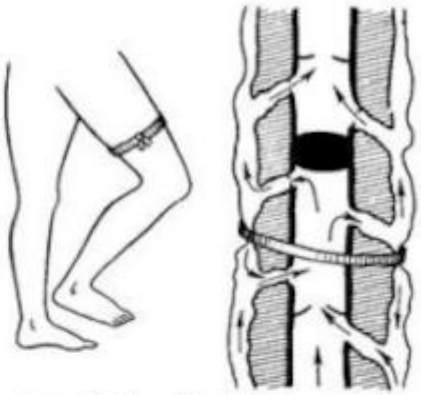


Рис. 2. Проба Пертеса отрицательная, хотя выше проекции жгута глубокие вены непроходимы.

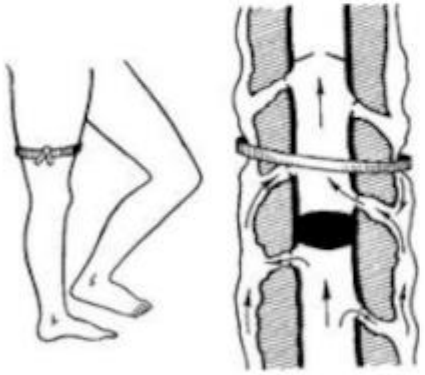


Рис. 3. Проба Пертеса отрицательная, несмотря на непроходимость глубоких вен ниже жгута.

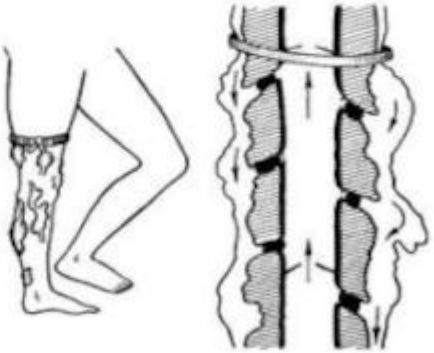


Рис. 4. Проба Пертеса положительная, несмотря на проходимость глубоких вен.

3 ПРИЧИНЫ ОШИБОК ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОБЫ ДЕЛЬБЕ — ПЕРТЕСА

1) глубокие вены считаются проходимыми, тогда как они фактически непроходимы. Например, если жгут для сдавления поверхностных вен наложен ниже уровня проекции обтурации глубокой вены на расстоянии двух-трех функционирующих коммуникантов, то, несмотря на непроходимость ее, поверхностные вены ниже жгута спадаются после ходьбы в течение 3—5 мин, так как отток крови происходит в обход непроходимого участка глубокой вены из подкожных через коммуникационные (рис. 2 на предыдущем слайде).
2) жгут для сдавления подкожных вен накладывается на расстоянии двух-трех коммуникантов выше уровня обтурации глубокой вены (рис. 3 на предыдущем слайде).
3) Псевдо непроходимость глубоких вен, тогда как фактически они проходимы. Это наблюдается в случаях тромбоза коммуникационных вен, когда подкожные ниже жгута не спадаются, а набухают из-за затрудненного оттока крови через коммуникационные вены при проходимости глубоких (рис. 4 на предыдущем слайде).

- Проба Дельбе-Пертеса является самой распространенной, так как дает наиболее достоверные сведения о состоянии глубоких вен.
- Не всегда показательной маршевая проба может быть при функциональной клапанной недостаточности глубоких и коммуникантных вен, окклюзии вен-перфорантов, что встречается довольно редко, а также у тучных людей с выраженной подкожножировой клетчаткой и при индуративных изменениях мягких тканей. В этих случаях прибегают к модификациям пробы Дельбе-Пертеса: ***проба Махорнера и Окснера, проба Червякова.***

ЛОБЕЛИНОВА ПРОБА

Достоверно позволяет определить проходимость глубоких вен при сомнительных результатах функциональных венозных проб.

После наложения жгута над лодыжками в вену стопы вводят *1 -2 мл лобелина гидрохлорида (1 мг на 10 кг веса пациента).*

Вещество влияет на Н-холиновые рецепторы каротидных клубочков, вызывая возбуждение дыхательного центра.
У больных с хорошо проходимыми глубокими венами кашлевой рефлекс появления через 18-20 секунд.

При нарушении проходимости глубоких вен время появления кашлевого рефлекса удлиняется, длительность задержки свидетельствует о степени непроходимости глубоких вен.

ПРОБА СТРЕЛЬНИКОВА ("МАНЖЕТОЧНЫЙ" СПОСОБ)

Положение больного: вертикальное

Методика: на бедро или голень (в зависимости от целей исследования) накладывают манжету сфигмоманометра, давление в которой доводят до 35-40 мм рт.ст. При этом поверхностные вены набухают.

Затем больного переводят в горизонтальное положение и если наступает опорожнение поверхностных вен, *это указывает на то, что глубокие вены проходимы*.

ПРОБА МАХОРНЕРА-ОКСНЕРА

Заключается в ходьбе со жгутами, наложенными на разных уровнях: в верхней, средней и нижней трети бедра.

Если глубокие вены проходимы и коммуникантные вены состоятельны, то наблюдается уменьшение напряжения, а иногда и полное исчезновение варикозно расширенных вен.

ПРОБА ЧЕРВЯКОВА

Выполняется у тех больных, у которых нет видимого варикозного расширения вен.

Измеряется окружность голени на определенном уровне при поднятом ее положении (1-е измерение), в опущенном положении (2-е измерение) и после 3-минутной ходьбы со жгутом (3-е измерение).

Совпадение 1 и 3 измерений говорит о проходимости глубоких вен.

ПРОБА ИВАНОВА

Больной находится в горизонтальном положении. Исследуемую конечность медленно поднимают вверх до тех пор, пока поверхностные вены полностью не опорожняются.

Определяют угол, образованный поднятой конечностью и плоскостью кушетки ("угол компенсации"), затем больной встает и после тугого заполнения варикозно расширенных поверхностных вен на среднюю треть бедра накладывают резиновый жгут. Больной вновь ложится на кушетку, конечность быстро поднимают до определенного ранее "угла компенсации", и наблюдают за опорожнением вен.

Если вены быстро спадаются, это свидетельствует о хорошей проходимости глубоких вен. При непроходимости последних опорожнения поверхностных вен не наступает.

Если данные проведенных функциональных проб оказываются сомнительными или недостаточно достоверными, а также свидетельствуют о непроходимости глубоких вен, необходимо прибегать к более объективным, инструментальным методам обследования. К ним относятся: *ультразвуковая допплерография, осциллография, плетизмография, капилляроскопия, реовазография, кожная термометрия, радиоиндикация, электромиография, флеботонометрия и др.*

Рентгеноконтрастные методы проводят на заключительном этапе комплексного обследования, когда всеми другими функциональными и инструментальными методами не удается установить проходимость глубоких вен и состояние клапанного аппарата.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Шотт, А.В. Курс лекций по частной хирургии / А.В. Шотт, В.А. Шотт. – Минск : Асар, 2004.

Евдокимов А.Г. Болезни артерий и вен / А.Г.Евдокимов, В.Д.Тополянский. – м. : мед-. пресс-информ, 2012.

В. В. Хирургическая анатомия нижних конечностей / В.В. Кованов, А.А. Травин. - М.: Книга по Требованию, 2016.

Оперативная хирургия и топографическая анатомия. 5-е издание. Автор: Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Год издания: 2005.

Сабельников, В.В. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему / В.В. Сабельников // Мир медицины. — 2001.