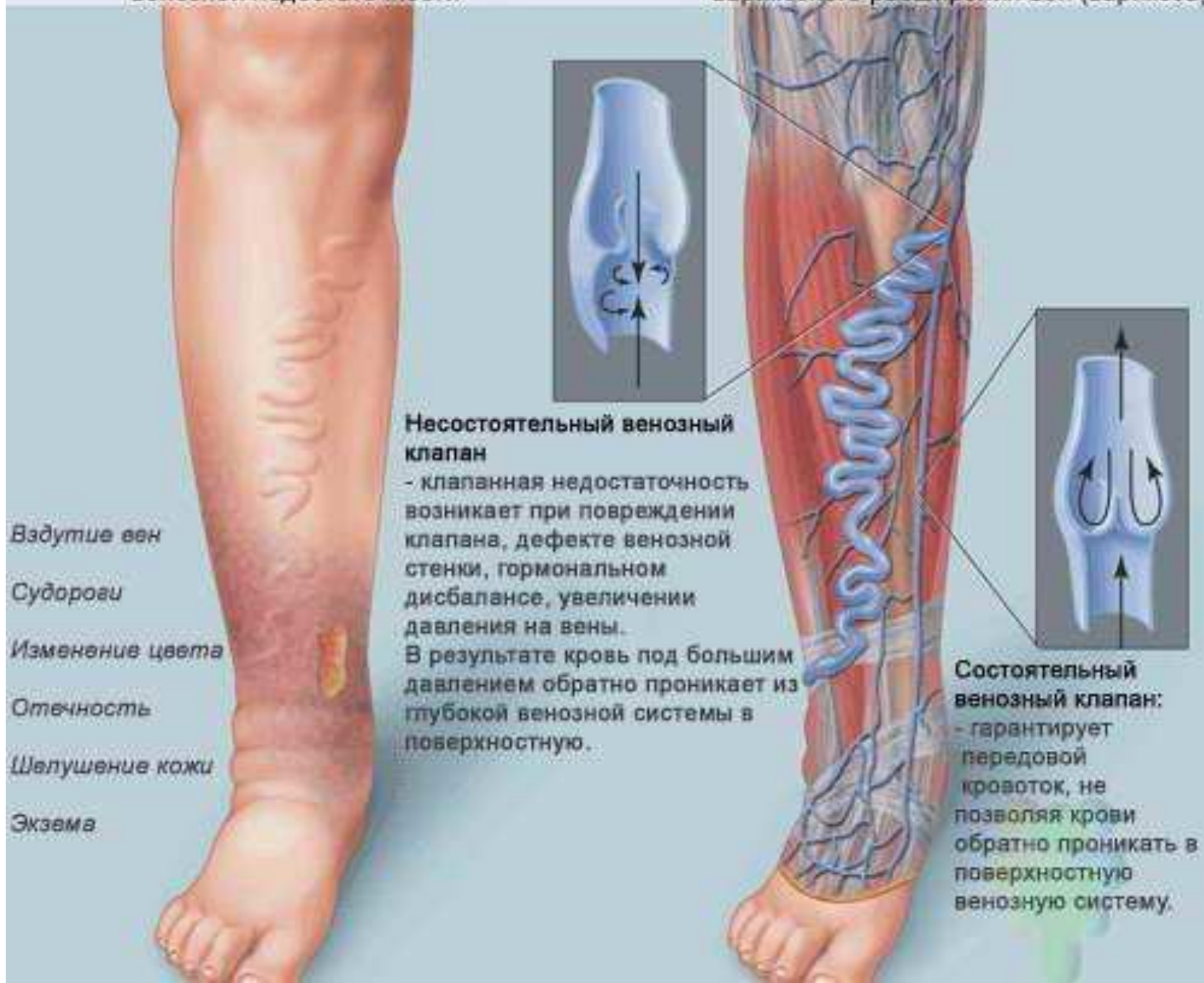


ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

- **ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН – ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ РАСШИРЕНИЕМ ПРОСВЕТА, ИЗМЕНЕНИЕМ ФОРМЫ И КОНСИСТЕНЦИИ ВЕНЫ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ И ИЗВРАЩЕНИЕМ КРОВОТОКА.**

Проявления хронической
венозной недостаточности

Механизм формирования
варикозного расширения вен (варикоза)



- **КЛАССИФИКАЦИЯ**
- **ПО ПАТОГЕНЕЗУ:** ПЕРВИЧНОЕ, ВТОРИЧНОЕ
- **ПО СОСТОЯНИЮ КЛАПАНОВ:**
- НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН
- НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ ГЛУБОКИХ ВЕН
- НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН
- СОЧЕТАННАЯ ФОРМА
- ТОТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНОВ
- **ПО СТАДИЯМ:** КОМПЕНСАЦИИ, СУБКОМПЕНСАЦИИ, ДЕКОМПЕНСАЦИИ
- **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:** В СИСТЕМЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, ИХ СОЧЕТАНИЕ
- **ПО ОСЛОЖНЕНИЯМ:** КРОВОТЕЧЕНИЕ, ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ТРОМБОФЛЕБИТ

КЛИНИКА

Стадия компенсации: Варикозные узлы по ходу поверхностных вен.

Стадия субкомпенсации: 1. Варикозные узлы. 2. Утомляемость, чувство тяжести и распираания в ногах. 3. Парастезии. 4. Судороги в икроножных мышцах по ночам. 5. Непостоянные отёки, пастозность.

Стадия декомпенсации: Постоянные отёки. Пигментация и индурация кожи, целлюлит. Трофические язвы, экземоподобные дерматиты. Кожный зуд.

- **ДИАГНОСТИКА** Сбор анамнеза. Осмотр. Пальпация. Проведение функциональных проб. Инструментальные методы.
- Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга.
- Проба Гаккенбруха.
- Проба Шварца.
- Проба Пратта – II.
- Трёхжгутовая проба Шейниса. Проба Тальмана.
- Флеботонометрия (проба Вальсальвы).
- Флебография: (Дистальная; Проксимальная.)
- Термография.

- Консервативная терапия: Эластическое бинтование. Эластические чулки. Ограничение тяжёлой физической нагрузки.
- СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ: Введение склерозирующих средств в варикозные узлы: Варикоцид, Вистадин, Тромбовар.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

1. **Флебэктомия:** по Маделунгу, по Бебкоку, по Нарату.
2. **Операции, устраняющие сброс крови из глубоких вен:** Троянова-Тренделенбурга, перевязка малой подкожной вены, операция Коккета, Линтона.
3. **Операции по выключению из кровообращения и облитерации варикозно-расширенных вен:** прошивание вен по Клаппу, Топроверу, Соколову; эндоваскулярная электрокоагуляция.

Пункци

и

Пункция перикарда (перикардиоцентез)

- 1. Лечебные: тампонада сердца (манипуляция, спасающая жизнь!).
- 2. Диагностические: жидкость в перикарде неясной этиологии, если её объем значителен — по данным эхокардиографического обследования (в фазе диастолы) расхождение листков перикарда >20 мм.
- Чаще всего субкисфоидаальный доступ — точка введения иглы находится в треугольнике между мечевидным отростком и левой реберной дугой (экстраплевральный доступ, который обходит коронарные и перикардиальные сосуды, а также внутреннюю грудную артерию (a. thoracica interna)).

Пункция брюшной полости - лапароцентез

- Выполняется для удаления скопившейся в брюшной полости жидкости, введения различных лекарственных веществ.
- Обычно делают пункцию по белой линии на середине протяжения между пупком и лобком. В случае крайней необходимости (ограниченный асцит) можно делать пункцию и справа, а также и во всех других отделах живота. С помощью перкуссии необходимо убедиться в отсутствии кишок на уровне пункции.

Пункция костей (стернальная пункция)

- Пункцию костей (грудины, подвздошной, пяточной, эпифиза большеберцовой) производят донорам для получения костного мозга и больным для исследования костного мозга, переливания крови и кровезаменителей.

Пункция плевральной полости - торакоцентез

- При скоплении в плевральной полости воспалительной или отёчной жидкости часть её извлекают путём прокола с целью диагностики и лечения.
- Пункцию делают преимущественно в 6-7-м или 8-м межреберном промежутке по аксиллярной линии или по лопаточной на спине в 7-9-м межреберном промежутке.

Люмбальная пункция

- Спинномозговую жидкость извлекают как с диагностической, так и с лечебной целью.
- Люмбальную пункцию делают в пространстве между III и IV или, лучше, между IV и V поясничными позвонками. Это пространство легко найти, если соединить поперечной линией наивысшие точки обоих гребешков подвздошных костей - линия пересекает позвоночник как раз на уровне остистого отростка IV поясничного позвонка. Под нижним концом этого отростка находится четвертое поясничное межпозвоночное пространство, где и делается прокол.

Пункция сустава - артроцентез

- Для устранения избыточного количества синовиальной жидкости, крови при гемартрозе. Вливания лекарственных средств в полость сустава.

Пункция лимфокисты

- Выполняется для устранения затеков лимфы после лимфаденэктомии.

Пункция заднего свода влагалища

- Это наиболее удобный и ближайший доступ в область малого таза, где при различных патологических и гинекологических процессах скапливаются жидкости, такие как кровь, гной, экссудат и др. На основании анализа этих жидкостей осуществляют дифференциальную диагностику различных заболеваний.

Бюлау дренаж

- **Бюлау дренаж** — способ удаления жидкости и воздуха из плевральной полости с помощью трубчатого **дренажа**, вводимого путём прокола грудной стенки троакаром и действующего по принципу сообщающихся сосудов

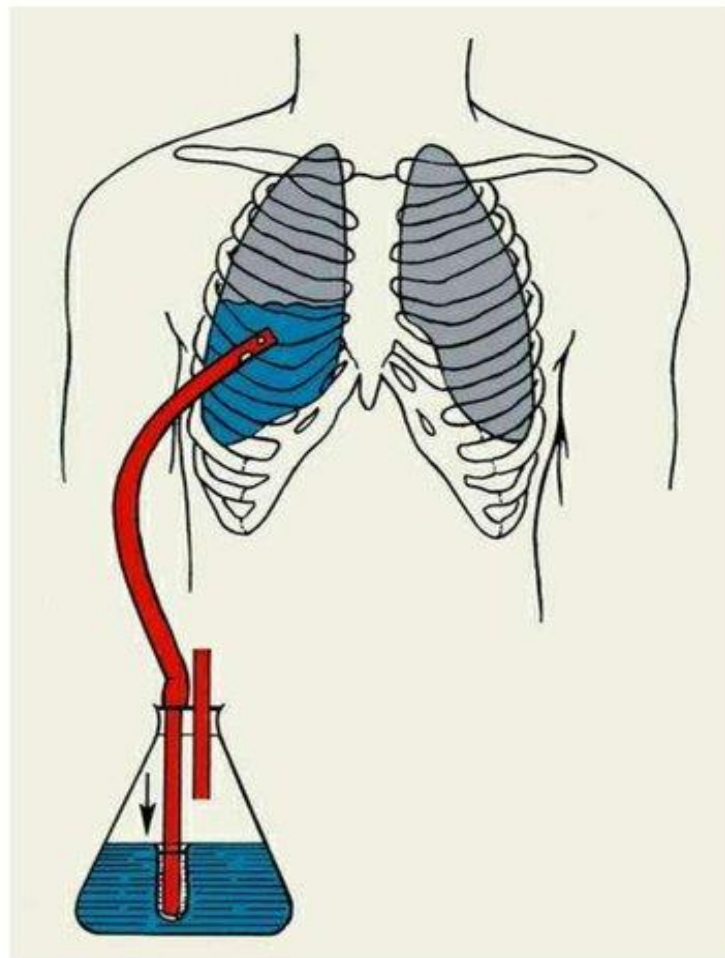
Дренажирование плевральной полости по Бюлау

Показания:

- удаление из плевральной полости жидкого содержимого /воспалительный экссудат, гной, кровь/;
- удаление из плевральной полости воздуха.

Применяется после операций на легких и органах средостения для профилактики сдавления легких воздухом и удаления раневого экссудата, спонтанном или травматическом пневмотораксе, гидро- и гемотораксе, гнойных плевритах.

В основе метода - длительное дренирование по принципу сифона.



На наружном конце дренажа имеется клапан из перчаточной резины для предупреждения обратной аспирации воздуха; стрелкой обозначено направление содержимого плевральной полости.

- **Облітеруючий атеросклероз** нижніх кінцівок
Специфічне ураження артерій; еластичного та м'язово-еластичного типів у вигляді вогнещівового розростання сполучної тканини з ліпідною інфільтрацією інтими.
- **Облітеруючий ендартеріт** Ураження периферичного русла артерій яке призводить до облітерації їх просвіту

Клинические отличия облитерирующего атеросклероза и облитерирующего эндартериита

Атеросклероз	Эндартериит
Развивается в возрасте старше 40 лет.	Развивается в возрасте 25 -40 лет.
В анамнезе малоподвижный образ жизни, курение.	В анамнезе переохлаждение нижних конечностей, курение.
Преимущественно поражается аорта и крупные артерии.	Поражаются артерии среднего и мелкого калибра.
Заболеванию способствуют ожирение, артериальная гипертония	Заболеванию способствует склонность к гиперкоагуляции
Поражаются артерии любого органа	Поражаются артерии главным образом нижних конечностей
Возможно локальное поражение сосуда. Возможно шунтирование.	Поражается сосуд на всем протяжении Шунтирование не возможно.

Клинические отличия облитерирующего атеросклероза и эндартериита

Атеросклероз

- Возраст более 40 лет
- Частые стрессы, образ жизни малоподвижный
- Преимущественно - аорта
- Сопутствуют нарушение липидного обмена и гипертония
- Поражаются артерии различных регионов
- Бывает локальное поражение сосуда, которое ликвидируют шунтированием

Эндартериит

- Возраст 30-40 лет
- В анамнезе переохлаждения нижних конечностей
- Поражаются артерии среднего и мелкого калибра
- Часто сопутствует мигрирующий тромбофлебит (б-нь Бюргера)
- Поражаются только артерии нижних конечностей
- Поражается вся сосудистая стенка на значительном протяжении,
- Шунтирование невозможно!

Хімічні опіки стравоходу

це пошкодження стінки органа їдкими речовинами.

Класифікація Ступені непрохідності стравохода після хімічного опіку (Р. Л.

Ратнер, В. І. Белоконев, 1982):

I ступінь – виборча непрохідність лише до деяких видів харчових продуктів (хліб, картопля, фрукти) і при кvapливій їжі;

II ступінь – компенсована непрохідність, при якій прохідна тільки напіврідка і ретельно механічно оброблена їжа;

III ступінь – субкомпенсована непрохідність, коли прохідність стравохода зберігається тільки для рідин (чай, вода, молоко) і масла (вершкове, рослинне);

IV ступінь – повне порушення прохідності стравохода як для рідини, так і для слини, проте цей стан може бути оборотним і під впливом протизапальної терапії, і після накладення гастростоми прохідність стравохода до деякої міри відновлюється;

V ступінь – необоротна повна непрохідність стравохода внаслідок облітерації його просвіту (виникає відносно рідко) і діагностується іноді лише при морфологічному дослідженні стравоходу

Клінічно-морфологічні періоди

- Гострий період (5-7 доба) набряк, некроз стінки стравоходу
- Латентний період (2-3 тижні) Відторгнення некротичних мас, утворення виразок, їх гранулювання
- Період стенозування (4-5 тиждень) рубцювання
- Період пізніх ускладнень (після 2-3 міс)

За глибиною враження

- I ступінь - поверхневі опіки з пошкодженням епітеліального шару стравоходу.
- II ступінь - пошкодження всієї товщі слизової оболонки стравоходу.
- III ступінь - пошкодження опіком усіх шарів стравоходу.
- IV ступінь - поширення некрозу на навколишню клітковину стравоходу і навколишні органи.

Ускладнення

- ранні (шок, гостра ниркова недостатність, асфіксія, кровотеча, нориці, перфорація, пневмонія, плеврит, перикардит);
- пізні (рубцевий стеноз стравоходу та виходу із шлунка, рефлюксна хвороба, свищі, кахексія, малігнізація).

Етіологія і патогенез

Причиною хімічного опіку стравоходу є **вживання агресивної рідини випадково або навмисно (із суїцидною метою), або в алкогольному сп'янінні**. Хімічний опік стравоходу звичайно виникає при вживанні концентрованого розчину кислоти або лугу. При потраплянні такої рідини в ротову порожнину мають місце рефлексорний спазм глотки і затримка дихання, завдяки чому утруднюється проникнення агресивного агента в стравохід, шлунок і дихальні шляхи, але майже завжди пошкоджується надгортанник, який прикриває голосові зв'язки. Коли кислота або луг випивається залпом, то захисний механізм не встигає спрацювати й агресивна речовина майже без перешкоди потрапляє в стравохід і шлунок.

- Другий механізм проникнення агресивної рідини в ці органи спостерігається при неграмотному надаванні першої допомоги або при взаємодопомозі. Спазм нижнього стравохідного сфінктера захищає шлунок від потрапляння агресивної рідини, але збільшується контакт із стравоходом, виникають перфорація цього органа, стравохідні флегмони, медіастиніти.

Химический ожог пищевода

Клиника

Острая стадия:

- боли в глотке, в грудной клетке, эпигастрии;
- дисфагия,
- кровавая рвота;
- шок;
- ожоговая токсемия.
- **Подострая стадия:** мнимого благополучия.
 - проходимость пищевода восстанавливается.
- **Хроническая стадия:**
 - дисфагия;
 - ларингоспазм,
 - кашель вследствие аспирации.

Етапи діагностики і лікування.

- Діагностична програма:
- 1) Рентгенографія органів грудної порожнини,
- 2) ЕКГ,
- 3) Загальні аналізи крові та сечі,
- 4) Цукор крові,
- 5) Біохімічне дослідження крові (коагулограма, білкові фракції, сечовина, креатинін),
- 6) Поліпозиційне рентгенконтрастне дослідження стравоходу ,
- 7) ФЕГДС,
- 8) Спірографія,
- 9) пневмотахометрія,
- При потребі -
- 10) Спеціальні рентгенологічні методики (СКТ, СКТ з контрастуванням стравоходу і шлунка),
- 11) ФБС,
- 12) Біопсія змінених ділянок стінки стравоходу з наступною морфологічною верифікацією біоптата.

- В **гострий** період лікування проводиться у відділенні реанімації - видалення токсину, забезпечення вільного дихання, детоксикація, знеболювання, десенсибілізація, протимікробна профілактика, пригнічення шлункової секреції.
- В **латентний** період – профілактичне (раннє) бужування стравоходу, медикаментозна підтримка (протеази, ГКС, антациди, спазмолітики), ГБО.
- В періоді **стенозування** і пізніх ускладнень проводиться пізнє бужування стравоходу або оперативне лікування за показами.
- Бужування продовжується до проведення бужів № 36-40.

- В гострому періоді хворий лікується в умовах реанімаційного відділення, невідкладна допомога включає видалення яду, детоксикацію (форсований діурез., який ґрунтується на застосуванні осмотичних діуретиків (сечовини, маніту) або салуретиків (лазиксу, фуросеміду), сприяючих різкому зростанню діурезу, завдяки якому виведення токсичних речовин з організму прискорюється в 5-10 разів, він складається з трьох послідовних процедур: водного навантаження, внутрішньовенного введення діуретика і замісної інфузії розчинів електролітів), антигістамінні засоби (1 покоління димедрол 0.03-0.05 г 2-3 р/д, піпольфен 0.025 г 3-4 р/д, супрастин 0.025 г 3 р/д або в/м 1-2 мл 2% р-ну, тавегіл 2 мл 0.1 % р-ну в/м 1-2 р/д; 2 покоління лоратадін 0.01 г 1 р/д, цетірізін 10 мг 1 р/д), для інгібування кислотно-пептичної активності призначаються H₂-гістаміноблокатори (ранітидін 150 мг/д, фамотидін 20 мг/д), інгібітори протонної помпи (омепразол 40 мг/д, лансопразол 60 мг/д, пантопразол 80 мг/д, рабепразол 40 мг/д), антациди і сорбенти.

Хірургічне лікування

- Знеболення – комбінований наркоз з інтубацією трахеї і ШВЛ
- Варіанти інтубації трахеї:
 - 1) оротрахеальна з допомогою ларингоскопа,
 - 2) оротрахеальна з допомогою бронхоскопа,
 - 3) оротрахеальна з допомогою ретроградного провідника
 - 4) через трахеостому.
- Види операцій
 - Гастростомія
 - Гастроєюноанастомоз
 - Місцева езофагопластика
 - Тотальна (субтотальна) езофагопластика
 - Сегментарна езофагопластика