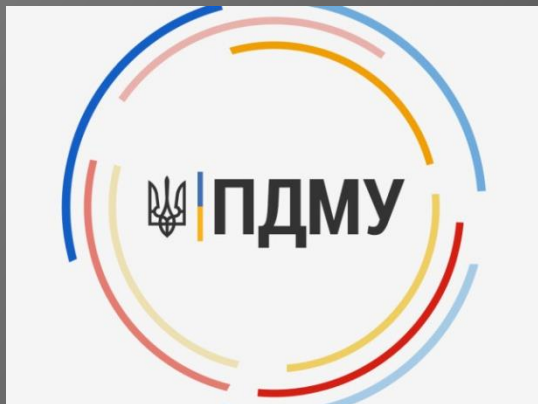




Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

ЛЕКЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ – ІНТЕРНІВ З ФАХУ «ХІРУРГІЯ»
ТЕМА :ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ТА АРТЕРІЙ

Полтава 2023

- **Артерії верхньої кінцівки:** кровопостачання забезпечується через підключичну артерію, яка переходить у пахвову, що продовжується в плечову. Плечова артерія продовжується в артерію ліктьового згину, яка ділиться на кінцеві гілки (променевою та ліктьову), що утворюють поверхневу та глибоку артеріальні дуги кисті. Пальпація пульсу на артеріях верхньої кінцівки доступна: пахвова — біля внутрішнього краю валика, що утворюється дзьобопле-човим м'язом та короткою голівкою двоголового м'яза; плечова — у внутрішній плечовій щілині, що відмежовує внутрішній край двоголового м'яза; променева - на межі променезап'ясткового суглоба по внутрішній межі плечопр-меневого м'яза.

Артерії нижньої кінцівки: зовнішня клубова артерія переходить у стегнову, яка закінчується підколінною, що, у свою чергу, ділиться на передню і задню великогомілкові. Від задньої великогомілкової артерії відходить малогомілкова. Передня великогомілкова артерія переходить у задню артерію стопи, а задня великогомілкова — у середню та бокову артерії підшви. Судинна стінка складається з трьох шарів: зовнішня-адвентиція, середнього, внутрішнього-інтіма. Адвентиція утворена повздовжніми пучками колагенових волокон, з якими переплітаються еластичні волокна, котрі особливо виражені на межі із середньою оболонкою. Середня оболонка представлена декількома шарами циркулярних гладких м'язових волокон. Інтіма утворена шаром ендотеліальних клітин.

Пальпація пульсу на артеріях нижньої кінцівки: стегнова - під пахвинною зв'язкою в проекції судинного ложа (посередині пахвинної зв'язки); підколінна - у підколінній западині до середини; задня артерія стопи - посередині тильної поверхні стопи зовні від сухожилка довгого розгинача; задня великогомілкова - позаду внутрішньої щиколотки, між нею та ахіловим сухожилком.

При дослідженні даної категорії хворих необхідно надавати важливого значення всебічному й повному збиранню анамнестичних даних, оскільки це часто допомагає вирішувати питання про загальну природу і характер хвороби. Важливо знати професію пацієнта, скільки часу він працює, умови роботи і життя, що дозволяє іноді з'ясувати причину хвороби. Необхідно зважати на перенесені захворювання (травми, відмороження, інтоксикації, зловживання ліками, курінням, алкоголем) і вияснення конституційно-спадкових особливостей.

Потрібно звертати увагу на початок захворювання, його розвиток, ремісії. Важливого значення надають анамнезу життя зі з'ясуванням місця народження, хвороб дитячого віку й т. ін. Визначають стан інших органів і систем, які мають відношення до даного захворювання, опитують хворого.

Передусім вияснюють симптоми, які пов'язані з недостатнім кровопостачанням. Характерна їх поява або посилення в момент функціональної активності органа. Біль у ногах, який виникає при ходьбі й зникає у спокої, є патологічним симптомом стенозу й оклюзії артерій ніг або біфуркації аорти і має спеціальну назву "переміжна кульгавість". Аналогічний біль у руках свідчить про ураження артерій верхньої кінцівки.

Хронічні захворювання артеріальних судин. Найпоширенішими серед них є облітеруючий ендартеріїт та облітеруючий атеросклероз. облітеруючий тромбангіїт, хвороба Рейно, Синдром Леріша і Такаясу. Досить часто ці захворювання ускладнюються тромбозами магістральних судин, внаслідок чого виникає гостра ішемія кінцівки, тобто гостра артеріальна недостатність, котра вимагає невідкладної допомоги.

Облітеруючий атеросклероз – це захворювання, в основі якого лежить первинний атеросклеротичний процес, який розвивається спочатку у великих (магістральних) судинах, поступово поширюється на дрібніші артерії, супроводжується утворенням бляшок, тромбуванням і призводить до порушення прохідності судин у кінцівках.

Симптомокомплекс закупорки біфуркації черевної аорти і здухвинних артерій, описаний Р. Лерішом у 1923 р., отримав назву – синдром Леріша.

- Гіперхолестеринемія, гіперліпідемія.
- Підвищений артеріальний тиск.
- Гормональні порушення (цукровий діабет, гіпотиреоз та ін.).
- Соціальні фактори.
- Ожиріння і мала фізична активність.
- Куріння, спадкові фактори

Клініка. Клінічна картина облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок мало чим відрізняється від такої ж при облітеруючому ендартеріїті. Слід зазначити, що класичної ознаки “переміжної кульгавості” при облітеруючому атеросклерозі не спостерігають – біль у литкових м’язах виникає і наростає поступово, а не раптово. Діагноз не викликає труднощів і встановлюється на основі анамнезу і об’єктивних даних, з яких найголовніші – ослаблення або відсутність пульсації на магістральних артеріях.

Проби: 1. *Опеля* – хворий в лежачому положенні піднімає ногу до гори і секундоміром вимірюють інтенсивність ішемії.

2. *Самуельса* – хворий в лежачому положенні випрямляє і піднімає ноги під кутом 45° і робить інтенсивні рухи в гомілково-ступневих суглобах при цьому виникає блідість стоп (5-10 сек.).

3. *Панченка* – хворий сидить або лежить і закидає ногу на ногу, як для перевірки колінного рефлексу, через декілька секунд або хвилин виникає біль в м'язах, збліднення і оніміння супні.

4. *Гольдфляма* - хворий в горизонтальному положенні, робить інтенсивні згинальні і розгинальні рухи в гомілково-ступневих суглобах при цьому виникає втомлюваність ураженої кінцівки, яка примушує припинити ці рухи. При функціональних змінах (5-7 хв.), при органічних – у перші хвилини, а то і секунди.

5. *Мошковица, Шамової, Сітенко* – хворий у горизонтальному положенні піднімає розігнуту ногу під кутом 45° . Через 2-3 хв верхню третину стегна на 5 хв перетягають гумовим бинтом або пневматичною манжеткою від апарата Ріва-Роччі і ногу переводять у горизонтальне положення. Після зняття бинта відзначають час появи реактивної гіперемії в ділянці стопи. В нормі – 15-30 сек. У початкових стадіях облітеруючих захворювань – 1-2 хв, в пізніх – до 4-5 хв.

Застосування реовазографії, осцилографії, артеріографії, доплерографії, термометрії дає можливість встановити рівень і протяжність оклюзії артерії.

Облітеруючий ендартеріїт – це загальне нейрогенне захворювання, що супроводжується повільною облітерацією артеріальних судин нижніх кінцівок, уражує людей молодого віку (від 20 до 40 років), але може траплятися і в молодшому та старшому віці. Незважаючи на більш ніж 100-річну історію вивчення цього захворювання (Вінівартер, 1878), до останнього часу причину виникнення облітеруючого ендартеріїту не встановлено. Порушення нейроендокринної системи, шкідливі звички, інтоксикації, обморожування та інше лише сприяють розвитку цього важкого захворювання.

Клініка. У розвитку хвороби розрізняють чотири стадії. На початку захворювання патологічним процесом уражаються дрібні судини, у яких періодично виникає сегментарний спазм. Оскільки процес локалізується переважно в нижніх кінцівках, то в результаті спазму судин, який з'являється під час ходьби, виникає різкий біль у гомілці (симптом “переміжної кульгавості”), що змушує хворого зупинитися. Через 1-2 хв біль минає. Це так звана *спастична стадія* облітеруючого ендартеріїту. У подальшому спазм судин стає постійним і в цьому місці утворюються тромби (*тромботична стадія*), внаслідок чого біль стає безперервним і різко підсилюється при ходьбі. Об'єктивно: шкіра кінцівки бліда, холодна на дотик, з'являються трофічні зміни шкіри і нігтів (шкіра тонка та суха; волосся відсутнє; нігті потовщені, крихкі). Поряд із цим, зникає пульсація на артеріях ступні. З часом вищеописані зміни стають ще вираженішими, що призводить до виникнення некрозів і гангрені (*некротична і гангренозна стадії*

Лікування спрямоване на покращання кровопостачання. Воно повинно бути індивідуальним і залежати від стадії і перебігу хвороби.

Консервативне лікування має на меті зняття або зменшення спазму судин, поліпшення реологічних властивостей крові, підвищення рівня засвоєння кисню клітинами. З цією метою призначають седативні препарати (піпольфен, димедрол, супрастин, кларитин, телфаст), спазмолітики (но-шпу, галідор, депо-падутин, депо-калікреїн, продектин), гангліоблокатори (гексоній, бензогексоній), антиагреганти (аспірин, тиклід), вітаміни, внутрішньовенні і внутрішньоартеріальні введення вітамінно-новокаїнової суміші. Крім цього, призначають препарати, що підвищують здатність клітин засвоювати кисень (солкосерил, актовегіл). Досить ефективним є призначення вазопростану. Останнім часом у лікуванні ендартеріїту все більше місце займає *гіпербарична оксигенація*. Доцільно також призначати УВЧ-терапію на ділянку поперекових симпатичних нервових вузлів, струми Бернара на гомілку. У період ремісії позитивно впливають на перебіг хвороби радонові і сірководневі ванни (Хмельник, П'ятигорськ, Сочі, Микулинці). Санаторно-курортне лікування дозволяє закріпити результати медикаментозної терапії.

Оперативне лікування має припинити дію одного із факторів захворювання — підвищеного тону симпатичної нервової системи. З цією метою виконують симпатектомію: операцію Огнєва — видалення третього грудного симпатичного ганглія зліва і операцію Дієца — видалення третього-четвертого поперекових симпатичних гангліїв з одного або двох боків. При обмежених оклюзіях або тромбозах судин проводять відповідні операції: інтимотромбектомію, резекцію ділянки артерії з венозною пластикою, синтетичним протезом і т. ін.

Хвороба Рейно (ангіотрофоневроз): в його основі лежить спазм артеріол пальців кінцівок. Страждають частіше жінки молодого і середнього віку. Причини виникнення цього захворювання невідомі, однак на його розвиток впливають порушення функції центральної нервової системи. Поряд з ураженням судин кінцівок, у цих хворих часто виявляють різні вегетативні порушення і емоційну збудливість. У деяких випадках наявна сімейна схильність до захворювання.

Клініка. Хвороба проявляється симетричним зблідненням шкіри пальців (“мертвий палець”) рук або ступні під дією холоду. Слід зазначити, що пульсація судин кінцівки при цьому зберігається. Під час спазмів виникає різкий біль. При подальшому розвитку захворювання блідість шкіри змінюється на ціаноз, вона стає грубою та малочутливою, потім з’являються виразки, некрози пальців. Характерними особливостями клінічного перебігу захворювання є симетричність ураження пальців кінцівок, інколи шкіри вух, носа, щоки.

Лікування спрямоване на попередження та ліквідацію судинного спазму і передбачає введення спазмолітиків, гангліоблокаторів, проведення новокаїнових блокад третіх грудних симпатичних гангліїв або їх видалення оперативним шляхом.

Захворювання вен

Найчастішим захворюванням венозної системи є *варикозна хвороба* (варикозне розширення вен). Вона характеризується розширенням сітки поверхневих вен нижніх кінцівок і уражає жінок у два рази частіше, ніж чоловіків (рис. ...). Серед численних причин варикозної хвороби перше місце займає спадковий фактор. Сприятливими для її розвитку є часті вагітності, тяжка фізична праця, пов'язана з підняттям вантажів, довготривале вертикальне статичне положення тіла, травми та запалення глибоких вен (тромбофлебіт). Усі вищевказані причини сповільнюють відтік крові з вен нижніх кінцівок, що призводить до їх розширення і, таким чином, до недостатності клапанного апарату спочатку поверхневих, а потім і комунікантних вен, котрі з'єднують поверхневу і глибоку венозні системи.

Клініка. За формою розширення розрізняють такі типи варикозного розширення вен: а) циліндричний; б) мішкоподібний; в) змієподібний; г) розсипний; д) змішаний.

Застій крові у венозній системі нижніх кінцівок спричиняє розвиток хронічної венозної недостатності. *Перша стадія хронічної венозної недостатності* проявляється набряком дистальних відділів кінцівки під кінець дня, який зникає після нічного відпочинку, судомами литкових м'язів уночі. При *другій стадії* до вищевказаних симптомів приєднуються індурація (затвердіння) та гіперпігментація (колір шкіри стає бурым, темно-коричневим), внаслідок виходу в підшкірну клітковину формених елементів крові, в першу чергу еритроцитів. У *третьій стадії* з'являються різної величини виразки, перебіг часто ускладнюється бешихою, тромбофлебітами, мікробною екземою

Для уточнення діагнозу необхідно проводити проби для визначення стану клапанів підшкірних та комунікантних вен і проби на прохідність глибоких вен.

Пробу Броді-Троянова-Тренделенбурга проводять для визначення стану клапанів поверхневих вен. Хворий знаходиться у горизонтальному положенні з піднятою кінцівкою, з поверхневих вен якої прогладжуванням видаляють кров. У ділянці верхньої третини стегна підшкірні вени перетискають джгутом. Хворий встає з джгутом і, якщо після його зняття вени повільно заповнюються знизу, то пробу вважають негативною, тобто клапанний апарат функціонує задовільно. При швидкому ж наповненні вен після зняття джгута, зверху пробу вважають позитивною, що свідчить про недостатність клапанів поверхневих вен (рис. ...).

Проба Пратта (визначення локалізації недостатності комунікантних вен): у хворого в горизонтальному положенні на спині за допомогою масажу виштовхують кров із підшкірних вен ноги. Після цього на кінцівку від пальців до паху накладають еластичний бинт

У верхній третині підшкірні вени перетискають джгутом. Хворого просять встати. Накладений бинт зверху поступово розмотують, а одночасно від пахової ділянки накладають другий так, щоб між ними залишався проміжок 5-6 см. При цьому в місцях недостатності комунікантних клапанів, якщо вона є, виникає випинання підшкірних вен.

Пробу Дельбе-Пертеса (маршова) проводять для визначення прохідності глибоких вен. У хворого, який стоїть, для припинення кровотоку в підшкірних венах у верхній третині стегна накладають гумовий джгут. Після цього йому рекомендують енергійну ходьбу протягом 3-5 хв. Якщо підшкірні вени спадаються, то це вказує на задовільну прохідність глибоких вен і, навпаки, якщо вени набухають, шкіра набуває ціанотичного відтінку, з'являється біль у гомілці, то це свідчить про непрохідність глибоких вен і є протипоказанням до простого видалення поверхневих вен

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок може бути консервативним і оперативним. Консервативне лікування проводять у випадках, коли стан хворого не дозволяє виконати оперативне втручання або коли варикозне розширення поверхневих вен є вторинним, тобто коли є блокада глибоких вен, яка не підлягає хірургічній корекції.

Оперативне лікування має на меті видалення варикозно розширених вен і якомога повніше роз'єднання поверхневої і глибокої венозних систем. Найпоширенішим оперативним втручанням є видалення великої підшкірної вени за Трояновим-Тренделенбургом, Бебкоком, Наратом, Кокетом. Велику підшкірну вену біля її вічка перев'язують і перерізають. У дистальний кінець великої підшкірної вени вводять спеціальний зонд (веноекстрактор), за допомогою якого видаляють вену зверху донизу .

Операцію за Наратом (висікання варикозних вен з окремих розрізів) виконують як доповнення до операції Бебкока при розсипному та змішаному типі варикозної хвороби. Операція Кокета – надфасціальне перев'язування і перерізання комунікантних вен. Операція Лінтона – субфасціальне перев'язування і перерізання комунікантних вен .

Дякую за увагу