



Мастит

Лимфангиит

Тромбофлебит

**Мастит** - воспаление паренхимы и интерстиция молочной железы (*mastitis*; греч. *mastos* грудь + *-itis*; синоним грудница)

80-85% встречается в послеродовом периоде у кормящих женщин (лактационный мастит)

10-15% у не кормящих

0,5% у беременных.

Обычно мастит развивается в одной молочной железе; двусторонний мастит встречается редко

# Классификация

## **Острые маститы:**

серозный

инфильтративный

абсцедирующий

флегмонозный

гангренозный

## **Хронические маститы:**

гнойная и негнойная формы

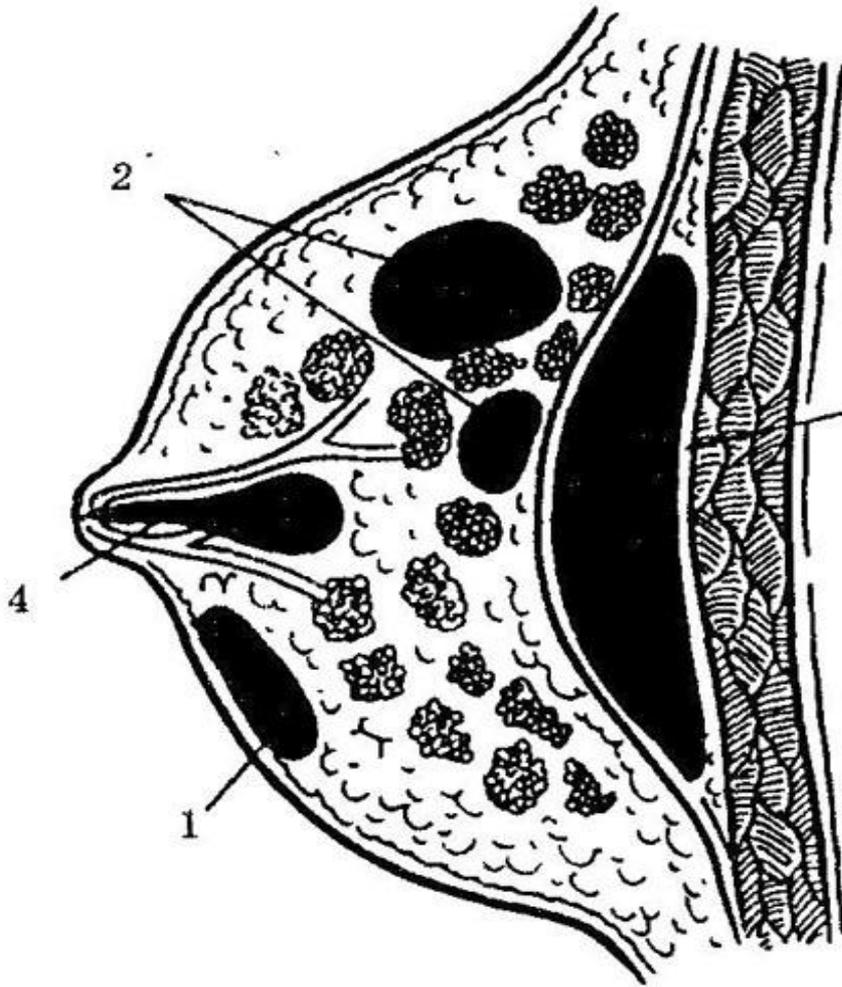
# Этиология и патогенез лактационного мастита

Основными возбудителями острых лактационных маститов остаются гноеродные кокки, в основном, золотистый стафилококк (в монокультуре) (79,4-96,6%) и в ассоциации с другой микрофлорой.

# Предрасполагающие факторы

- наличие трещин соска;
- недостаточное соблюдение правил гигиены;
- застой молока
- ослабление иммунологической реактивности организма матери в первые недели родов (особенно при патологических, осложненных родах, сопровождающихся кровопотерей).

# Локализация процесса



1. Субареолярный
2. Интрамаммарный
3. Ретромаммарный
4. Галактоофорит

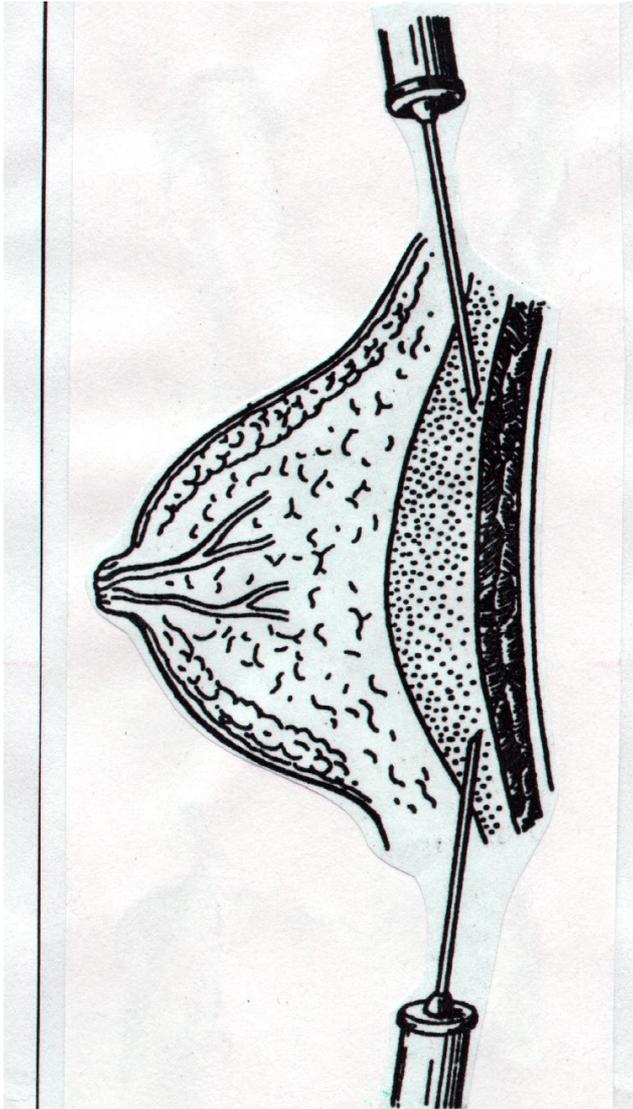
# Клиническая картина

- **Лактостаз** - увеличение и напряжение молочной железы, чувство тяжести
- **Серозный мастит** - распирающие боли, гиперемия, уплотнение, болезненность при пальпации
- **Инфильтративный и абсцедирующий** - усилением общих и местных проявлений, гиперемия усиливается, пальпируется болезненный инфильтрат, появляется флюктуация
- **Флегмонозный** резко увеличивается, кожа отечна, блестящая, гиперемия с синюшным оттенком, регионарный лимфаденит,  $t_0$  достигает 40-41°C, озноб, бледность, потливость, тошнота, рвота, плохой аппетит

# Клиническая картина

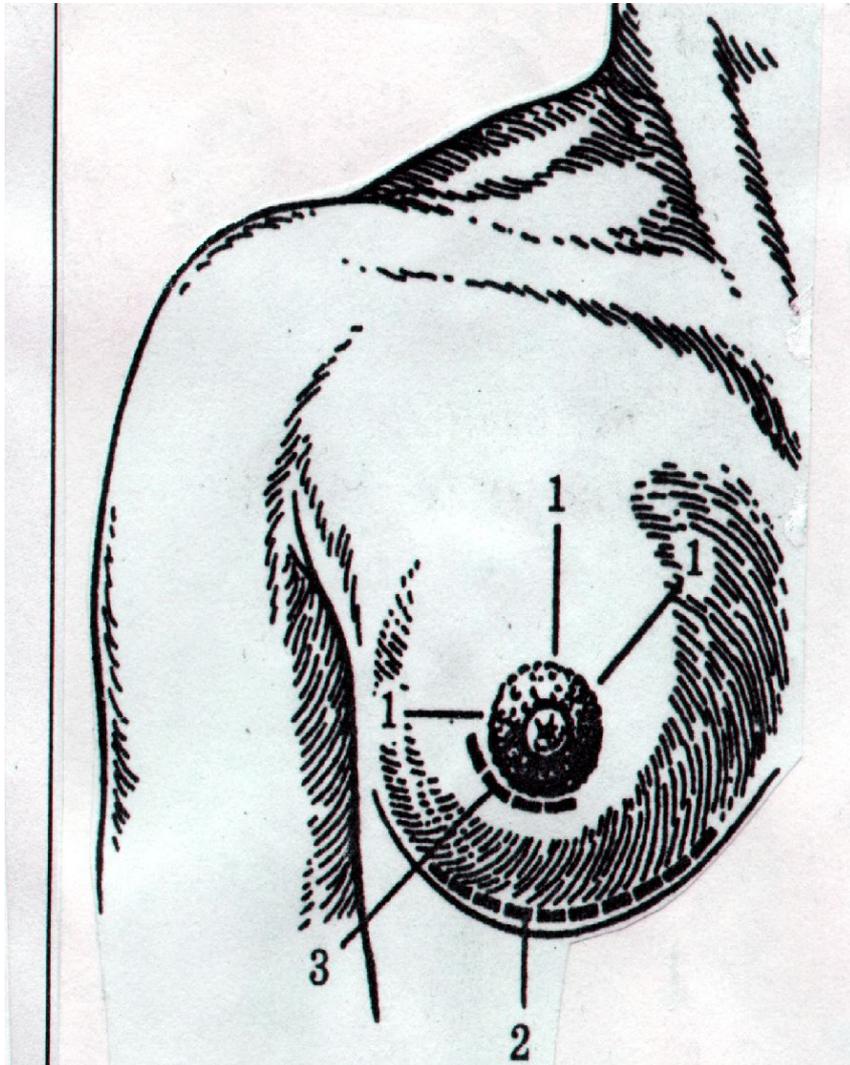
- **Гангренозный** мастит - постоянная лихорадка до 40°C и выше, пульс 110-120 в минуту, слабого наполнения. Молочная железа увеличена, отечна, болезненная, пастозна. Кожа бледно-зеленого или сине-багрового цвета, местами покрыта пузырями, отмечаются зоны некроза. Сосок втянут, молоко отсутствует, часто и в здоровой молочной железе. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

# Консервативное лечение



- возвышенное положение молочной железы с помощью повязок или бюстгалтера
- сцеживание молока
- физиотерапевтические процедуры
- общая антибактериальная терапия
- ретромаммарная новокаиновая блокада
- регуляция лактации

# Хирургическое лечение



1. радиальные разрезы
2. разрезы по Барденгейеру
3. параареолярный разрез.

# Профилактика

- подготовка соска к кормлению во время беременности
- гигиена молочной железы
- рациональный режим кормления
- уменьшение травматичности родов
- повышение сопротивляемости организма в послеродовом периоде
- Профилактика госпитальной инфекции, санация очагов эндогенной инфекции.

**Лимфангит** - (*lymphangiitis*; лат. *lymph* чистая вода, влага + греч. *angeion* сосуд + *-itis*; син. лимфангит) - воспаление лимфатических сосудов, осложняющее различные воспалительные заболевания

**Лимфаденит** (*lymphadenitis*; лат. *lymph* чистая вода, влага + греч. *aden* железа + *-itis*) - воспаление лимфатических узлов, возникающее как осложнение различных гнойно-воспалительных заболеваний и специфических инфекций (туберкулез, чума, актиномикоз)

# Классификация лимфангита

- По характеру и степени выраженности воспалительных явлений различают: **простой** (серозный) и **гнойный**.
- По течению: **острый** и **хронический**.
- По виду поражения сосудов:
- **капиллярный** (сетчатый *lymphangitis reticularis*)
- **стволовой** (трункулярный *lymphangitis trunculosis*)
- По локализации: **поверхностный** и **глубокий**

# Классификация лимфаденита

- По клиническому течению: **острый** и **хронический**.
- По характеру возбудителя: **неспецифический** (гноеродная флора) и **специфический** (туберкулез, чума, актиномикоз).
- По характеру экссудата:
  - **серозный,**
  - **геморрагический,**
  - **фибринозный,**
  - **гнойный,**
  - **гнилостный**

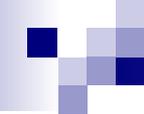
# Клиническая картина

Общие и местные проявления воспаления

- Местные признаки воспаления (боль, местное повышение температуры, припухлость, краснота)
- Общие признаки (повышение температуры тела, ознобы, головная боль и др.) выражены в различной степени в зависимости от локализации, распространенности основного воспалительного очага, вирулентности микробной флоры, особенностей реактивности организма.

# Принципы лечения

- Вскрытие гнойного очага
- Адекватное дренирование гнояника
- Местное антисептическое воздействие
- Иммобилизация
- Антибактериальная терапия
- Дезинтоксикационная терапия
- Физиолечение
- Симптоматическое лечение



**Варикозная болезнь.  
Восходящий  
поверхностный  
тромбофлебит.**

# Этиология тромбофлебитов

- Варикозная болезнь вен (более 50 %)
- Беременность, роды
- Хирургические операции, травмы
- Гнойно-септические заболевания
- Сенсибилизация
- Аллергические реакции
- Инфекции
- Ятрогенный фактор
- Приём эстрогенов
- Врождённые и приобретённые тромбофилические состояния

# Триада Вирхова

- I. Замедление тока крови
- II. Изменения системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции
- III. Повреждение эндотелия венозной стенки

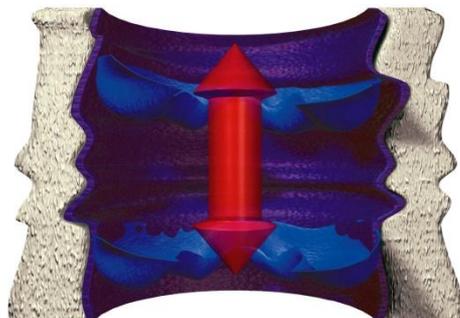


## Здоровые вены

Клапан закрыт - кровь не возвращается вниз



Клапан открыт – кровь движется к сердцу



## Больные вены

Кровь движется в обе стороны, клапанная недостаточность приводит к венозному застою и расширению вен.

# Типичная картина заболевания

- Умеренное или значительное увеличение вен в бассейнах Б.П.В., М.П.В. или в обеих венах
- Вены мягкие, легко спадаются при пальпации
- При опорожнении вариксов (узлов) – определяются ямки
- В приустьевом сегменте ( в паху) могут пальпироваться аневризмоподобные образования, что делает необходимым дифференцировать В.Б. с аневризмой бедренной артерии, паховым лимфаденитом, паховой или бедренной грыжей, кистой семенного канатика, кистой круглой маточной связки, лимфагрануломатозом, туберкулезом узлов, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и мн.др. заболеваниями

# Клиническая классификация (СЕАР)

- С0 – видимые и пальпируемые признаки болезни отсутствуют
- С1 – наличие телеангиоэктазий или ретикулярных вен
- С2 - варикозная трансформация подкожных вен
- С3 - отечный синдром, ночные судороги
- С4 – трофические нарушения ( бурая гиперпигментация, венозная экзема, дерматиты, липодерматосклероз)
- С5 - трофическая язва, поддающаяся заживлению
- С6 – трофическая незаживающая язва

# Диагностика варикозной болезни



# Диагностика



# Диагностика



# Диагностика

## СТАДИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ



Телеангиэктазии  
«сосудистые  
звездочки»



Ретикулярный  
варикоз



Варикозное  
расширение  
магистральных вен



Хроническая  
венозная  
недостаточность



Трофическая  
язва



**Флебит** (*phlebitis*; греч. *phlebos* - вена + *itis*) - воспаление стенки ВЕНЫ

**Тромбофлебит** (*thrombophlebitis*; греч. *thrombos* кусок, сгусток + *phlebos* вена + *itis*) - заболевание вен, характеризующееся воспалением венозной стенки и тромбозом

# Классификация тромбофлебитов

## ■ По локализации:

1) поверхностные; 2) глубокие

## ■ По этиологии:

1) первичные; 2) вторичные; 3) асептические;  
4) инфицированные

## ■ По клиническому течению:

1) латентные; 2) острые; 3) подострые;  
4) рецидивирующие

## ■ По распространенности:

1) очаговый; 2) сегментарный; 3) обширный

## ■ Мигрирующий (первично множественный)

# Острый поверхностный тромбофлебит

1. Общее состояние удовлетворительное, температура - 37-38, иногда нормальная. Продолжается 10-30 дней.
2. Боли по ходу поверхностных вен резкие.
3. Отечность небольшая, не превышает разницы в окружности 1-2 см,
4. По ходу поверхностных вен определяются уплотнения в виде шнуров, болезненные.
5. Часто имеет место гиперемия и отечность по ходу вен - перифлебит.
6. Возможно абсцедирование, появление участков флюктуации.



Острый  
восходящий  
тромбофлебит  
большой  
подкожной вены  
слева



Стихающий  
тромбофлебит  
переднего притока  
большой подкожной  
вены  
слева



Острый тромбофлебит подкожных вен  
левой голени

# Варианты течения тромбофлебитов ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

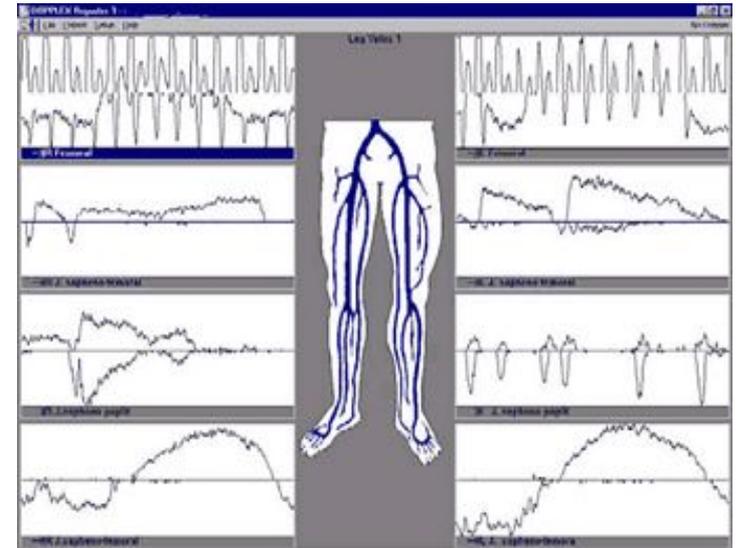
- **Тип I.** Тромбофлебит дистальных отделов большой или малой подкожных вен.  
*Угроза ТЭЛА отсутствует.*
- **Тип II.** Восходящий тромбофлебит большой или малой подкожных вен (до соустья с глубокой системой).  
*Непосредственной угрозы ТЭЛА нет, но она может возникнуть в ближайшее время.*
- **Тип III.** Тромбофлебит большой или малой подкожных вен с переходом на глубокую венозную систему.  
*Угроза ТЭЛА велика!*
- **Тип IV.** Тромбофлебит через несостоятельные коммуниканты переходит на глубокие вены.  
*Опасность ТЭЛА!*
- **Тип V.** Любой из перечисленных вариантов, сочетающийся с изолированным симультанным тромбозом пораженной или противоположной конечности.

# Диагностика тромбофлебитов подкожных вен нижних конечностей

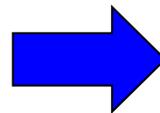
- Объективный осмотр
- Лабораторные исследования (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение D-димера, положительный С-реактивный белок)
- Ультразвуковое дуплексное сканирование
- Радионуклидное исследование с фибриногеном, меченным  $^{131}\text{I}$
- Флебография (по показаниям)

# Методы диагностики

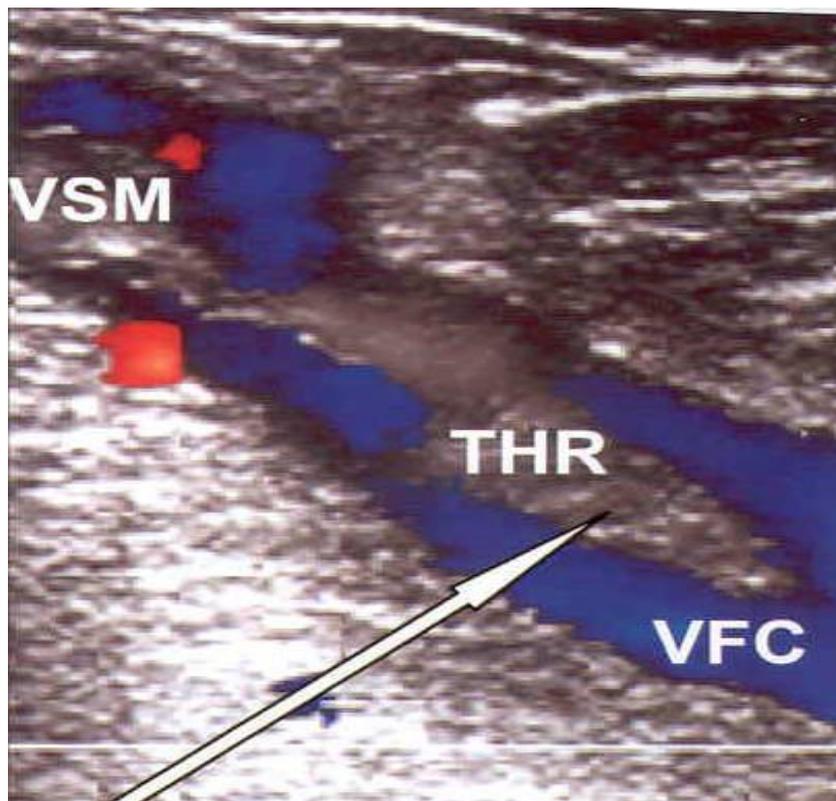
- Физикальное обследование
- Ультразвуковая доплерография



- Ультразвуковое ангиосканирование



# Ультразвуковая ангиосканограмма с цветовым картированием кровотока



**Стрелкой указан  
флоттирующий  
тромб общей  
бедренной вены,  
исходящий из  
тромбированной  
большой  
подкожной вены**

# Лечение

1. постельный режим (по показаниям)
2. возвышенное положение конечности
3. дозированная компрессия
4. нестероидные противовоспалительные средства
5. средства, улучшающие микроциркуляцию
6. антибиотики широкого спектра действия
7. Физиолечение (рентген-терапия)
8. При восходящем – операция Троянова-Тренделенбурга

# Характер оперативных вмешательств

## *По плановым показаниям:*

- радикальная флебэктомия

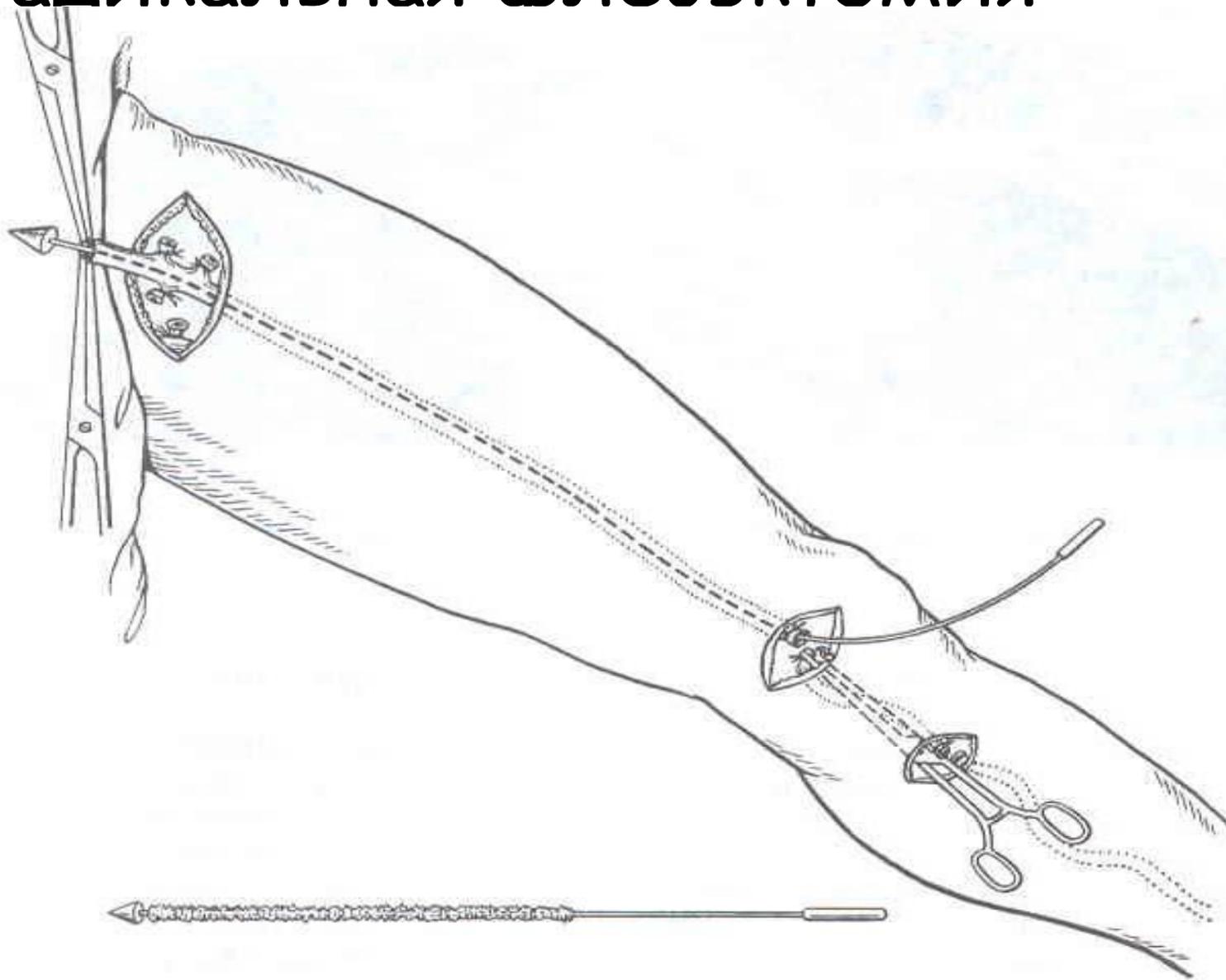
## *По относительным показаниям:*

- флебэктомия;
- кроссэктомия;

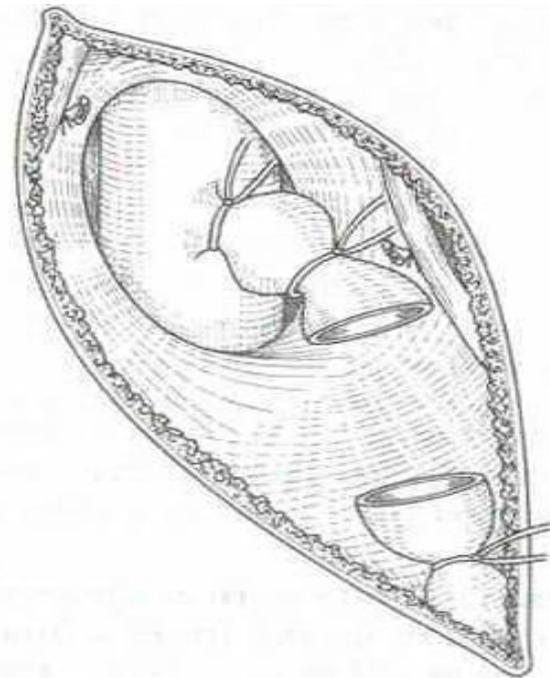
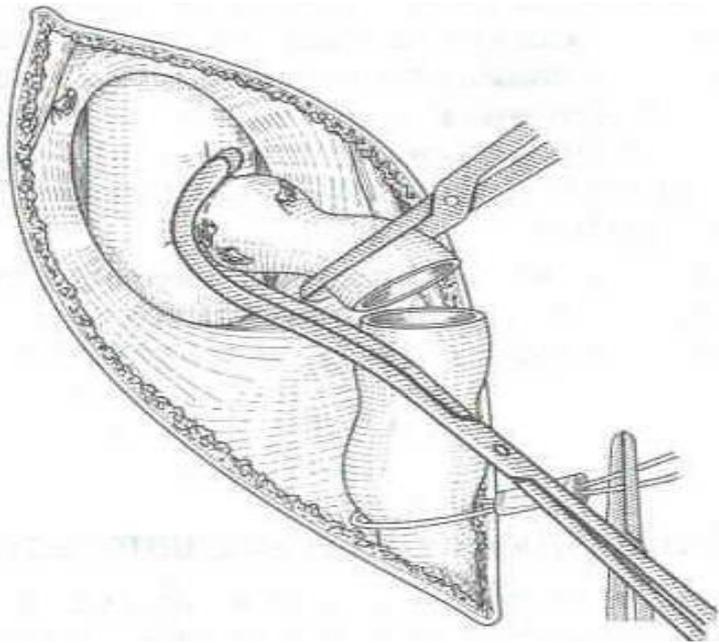
## *По абсолютным показаниям (паллиативные операции):*

- кроссэктомия;
- тромбэктомия из глубоких вен;

# Радикальная шлебэктомия



# Перевязка большой подкожной вены в области сафено-феморального соустья (кроссэктомия)



# Острый глубокий тромбофлебит

1. Предшественники - за несколько дней судороги в икроножных и бедренных мышцах, парестезии по ночам, быстрая утомляемость.
2. Боли - резкие, рвущие, усиливающиеся или возникающие при кашле (симптом кашля) по ходу вен, иногда иррадиируют вниз.
3. Отечность - выраженная, появляется чаще к 2-4 дню.
4. Кожа бледная, блестящая, напряженная, иногда наблюдается резкий цианоз, "синий тромбофлебит" при массивных тромбозах.
5. Похолодание конечности

# Лечение

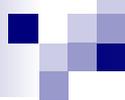
- строгий постельный режим (7 дней)
- возвышенное положение конечности,
- эластическая компрессия (эластический бинт)
- инфузионная терапия: пентоксифиллин (трентал), сосудорасширяющие средства - папаверин, но-шпа
- антибиотики широкого спектра действия
- антикоагулянты (прямые – гепарин, НМГ – клексан, фраксипарин)
- тромболитики (по показаниям - стрептокиназа, урокиназа)
- непрямые антикоагулянты – варфарин (МНО)
- десенсибилизирующие средства - димедрол, пипольфен, супрастин и др.
- НПВС – найз



# Посттромбофлебитический синдром

- является результатом перенесенного тромбоза или тромбофлебита глубоких вен
- создается недостаточный отток по глубоким венам или в результате плохой реканализации этих вен
- возникает обратный кровоток, что сопровождается застоем венозной крови
- может отмечаться недостаточность клапанов глубоких вен, а иногда и варикоз

Посттромбофлебитическая болезнь - это хроническая венозная патология, связанная с перенесенным острым тромбозом глубоких вен, из дальнейшими патоморфологическими и патофизиологическими процессами в венозной системе, которые объединяются в отдельную нозологическую форму с типичными внешними проявлениями и характерными нарушениями регионарной и центральной гемодинамики.



Посттромбофлебитическая болезнь  
(посттромбофлебитический синдром)

Проявляются в 5-7 % трудоспособного населения развитых стран.

Количество больных на посттромбофлебитическую болезнь составляет 28 % от больных с разными видами венозной патологии.

# Этиология и патогенез.

Особенностью патогенеза посттромбофлебитического синдрома есть наличие регионарной гипертензии, которая обусловленная патологией глубоких магистральных вен. Венозная гипертензия увеличивает нагрузка на комуникантные и подкожные вены, лимфатические коллекторы, оказывает содействие развитию вторичных морфологических и гемодинамических изменений в поверхностных и комуникантных венах, в системе микроциркуляции и лимфооттока.

# Классификация (А.А. Шалимов, И.И. Сухарев).

1. Клинические формы заболевания:

- а) отечно-болевая;
- б) варикозно-язвенная;
- в) смешанная.

2. Стадия тромбоза:

- а) окклюзия глубоких вен;
- б) реканализация глубоких вен.

3. Локализация тромбоза:

- а) нижний сегмент (бедренно-подколенный);
- б) средний сегмент (подвздошно-бедренный);
- в) верхний сегмент (нижняя полая вена).



4. Тип:

а) локализованный;

б) распространенный.

5. Степень гемодинамических нарушений:

а) субкомпенсация;

б) декомпенсация.

# Клиническая симптоматика

Больных беспокоят тяжесть, распирающие и болевые ощущения в пораженной конечности с локализацией преимущественно в дистальных отделах голени, отеки, пигментация кожи, экзема, трофические язвы, зуд кожи, варикозное расширение поверхностных вен. При осмотре у большинства больных с посттромбофлебитическим синдромом конечность увеличена в размерах за счет отека и лимфостаза. Проявляют различного выражения варикозное расширение поверхностных вен. Варикоз распространяется на поверхностные вены голени, бедра, лобка, внешних половых органов. Проявлением трофических изменений могут быть пигментация, индурация кожи вплоть до экзематизации и появления трофических язв.



# Клиническая симптоматика

Пигментация может быть в виде пятен или диффузной. Пигментированная кожа атрофическая, без волосяного покрова. Трофические язвы, как правило, глубокие и обширные, иногда циркулярные.

При пальпации пораженной конечности выявляют болезненность по ходу глубоких венозных стволов. Участки индуративно измененной кожи (склероз, индуративный целюлит) и подкожной клетчатки неподвижные относительно к близлежащим тканям, плотные, болезненные при пальпации. Варикозно расширенные вены напряжены, в особенности в участке несостоятельных перфорант, умеренно болезненные, плохо спадаются.

## Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

- Флебография
- Лимфография.
- Радиоиндикация.
- Ультразвуковая флуометрия.
- Оклюзионная плетизмография.

# Дифференциальный диагноз.

- Варикозная болезнь поверхностных вен, врожденные заболевания сосудов нижних конечностей (отсутствие, или гипоплазия глубоких вен, множественные артериовенозные шунты (свищи) и лимфостаз.

- Лечебная тактика определяется стадией процесса. При посттромбофлебитическом синдроме во время стадии компенсации применяют консервативное лечение, стадии декомпенсации - хирургическое лечение. При наличии весомых противопоказаний к операции - комплексное консервативное лечение с наложением компрессионной цинкжелатиновой повязки Уна.

# Консервативное лечение:

- Анальгетики.
- Венопротекторы (троксевазин, венорутон, ескузан, гливенол).
- Дезагреганты.
- Ферментные препараты (трипсин, химотрипсин, вобензим).
- Десенсибилизирующие препараты.
- Мочегонные средства вместе с препаратами калия
- Лимфотропные препараты.
- Противовоспалительные (нестероидные противовоспалительные препараты).
- Местное лечение трофических нарушений (в зависимости от тяжести и фазы некротически-язвенных процессов).

# Хирургическое лечение.

- Хирургическое вмешательство определяют стадией тромбоза. Его разделяют на операции относительно устранения патологического рефлюкса крови, коррекции односторонних нарушений оттока крови по бедренным и тазовым венам и реконструктивные операции на венах голени и бедра.
- При операциях относительно устранения патологического рефлюкса крови применяют:
  - а) удаление поверхностных вен и эпифасциальную или субфасциальную перевязку комуникантных вен;
  - б) резекцию глубоких вен;
  - в) создание искусственных внутренних и внесосудистых клапанов.
- Для коррекции односторонних нарушений оттока крови по тазовых и бедренных венах выполняют перекрестное аутовенозное шунтирование (операция Пальма-Д'Есперона), двойное перекрестное аутовенозное шунтирование или обходное шунтирование бедренной вены (Операция Уорена-Тайра).

- Реконструктивные операции направлены на создание искусственных клапанов.
- Операция Бронзеу-Руссо - создание клапана из стенки в большой подкожной вене на 1 см дистальнее от места впадения ее в бедренную.
- Для экстравазальной коррекции функции клапанов используют лаванови спирали, которые после размещения на вене сближают створки клапана и этим определяют восстановление его функции.
- Операция Псотакиза - создание внешнего мышечного клапана. Сухожилок нежной мышцы бедра проводят в поперечном направлении между подколенной артерией и веной и подшивают к сухожилку двуглавой мышце бедра.
- Применяют также замещение сегмента реканализированной бедренной вены трансплантатом большой подкожной вены бедра с функционирующим клапаном или сегментом вены бедра и плеча.