

ТРОМБОФЛЕБИТ
ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН
НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ

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

ТриадаVirхова

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

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)

Клиническая картина тромбофлебита ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- ⦿ Уплотнение по ходу вен в виде тяжей;
- ⦿ Инфильтрация окружающих тканей;
- ⦿ Гиперемия по ходу вен;
- ⦿ Местная гипертермия;
- ⦿ Увеличение регионарных лимфоузлов;
- ⦿ Изменения периферической крови (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, гиперкоагуляция)
- ⦿ Реже встречаются : общая гипертермия, признаки интоксикации



Острый
восходящий
тромбофлебит
большой
подкожной вены
слева



Стихающий
тромбофлебит
переднего притока
большой подкожной
вены
слева



Острый тромбоз вен
левой голени

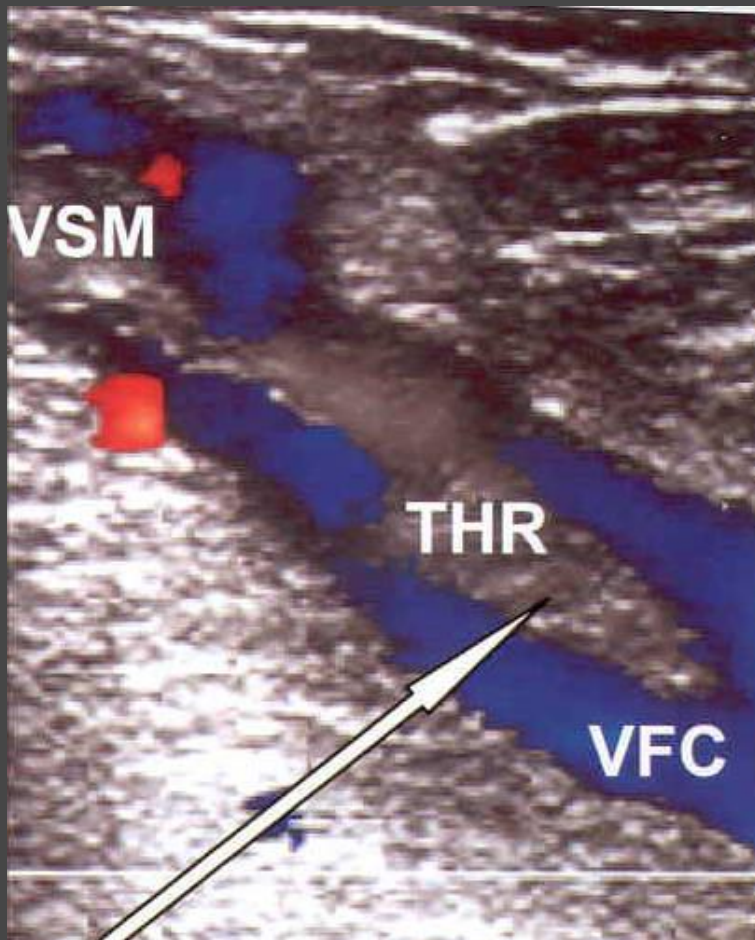
Варианты течения тромбофлебитов ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- **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}I
- ⦿ Флебография (по показаниям)

Ультразвуковая ангиосканограмма с цветовым картированием кровотока



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

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводят с:

- ⦿ лимфангоитом;
- ⦿ рожистым воспалением;
- ⦿ флегмоной;
- ⦿ узловатой эритемой (*мигрирующий тромбофлебит*);
- ⦿ аллергическим дерматитом;

Консервативное лечение тромбофлебитов ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

1. Режим

Не постельный режим!

2. Эластическая
компрессия



Консервативное лечение тромбофлебитов подкожных вен нижних конечностей

3. Системная фармакотерапия:

- ⊙ нестероидные противовоспалительные средства (*кетопрофен, диклофенак и т.д.*);
- ⊙ флеботоники (*троксерутин, детралекс и т.д.*);
- ⊙ антиагреганты (*аспирин, плавикс, трентал и т.д.*);
- ⊙ энзимотерапия (*вобензим, флогензим*);
- ⊙ спазмолитики (*Но-шпа, папаверин и др.*);
- ⊙ десенсибилизирующие средства (*тавегил, супрастин и т.д.*);
- ⊙ гирудотерапия
- ⊙ антикоагулянты - **при восходящем тромбофлебите, симультанном тромбозе глубоких вен, на фоне посттромботической болезни** (прямые (гепарин, клексан) на 3-5 дней, затем непрямые (варфарин, синкумар) в течение 3 месяцев; **эксант**);
- ⊙ антибиотики - **при гнойном тромбофлебите, угрожающем развитием паравазальных гнойников, миграцией инфицированных фрагментов тромба при его гнойном расплавлении**

Консервативное лечение тромбофлебитов подкожных вен нижних конечностей

4. Местное лечение:

- ⊙ холод;
- ⊙ мази и гели с нестероидными противовоспалительными средствами (*Кетонал, Вольтарен и т.д.*) и гепарином (*Лиотон 1000 и др.*);

Мазь Вишневского не применять!

- ## 5. Физиотерапия (*коротковолновая диатермия, электрофорез с трипсином, гепарином, йодистым калием*) по стиханию острых явлений

Показания к хирургическому лечению тромбофлебитов подкожных вен нижних конечностей

Абсолютные показания:

- ⦿ восходящий тромбофлебит с угрозой ТЭЛА;
- ⦿ гнойный тромбофлебит;

Относительные показания:

- ⦿ длительно не рассасывающиеся паравазальные инфильтраты;

Плановые показания:

- ⦿ тромбофлебит варикозных вен после купирования острых явлений (через 3-4 месяца)

Характер оперативных вмешательств

По плановым показаниям:

- ◎ радикальная флебэктомия

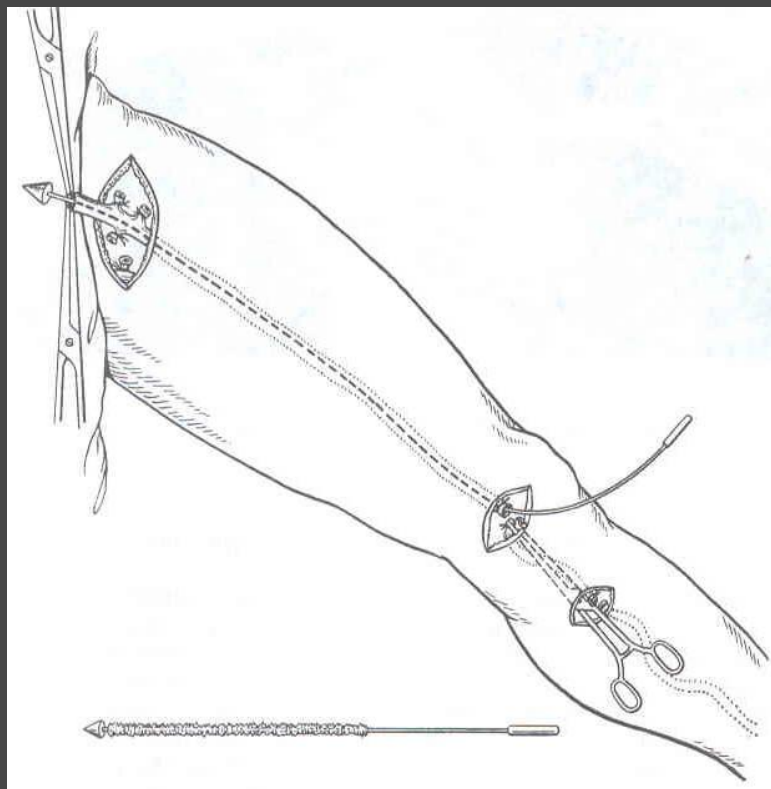
По относительным показаниям:

- ◎ флебэктомия;
- ◎ кроссэктомия;

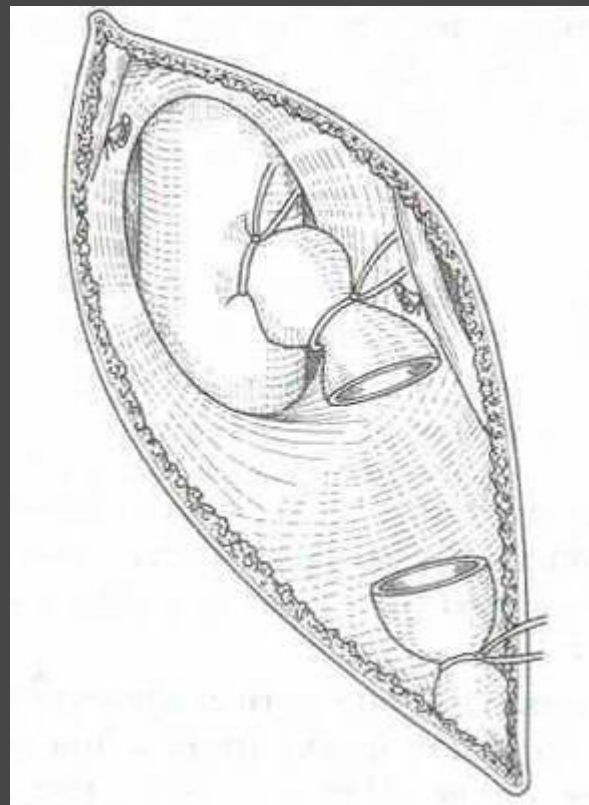
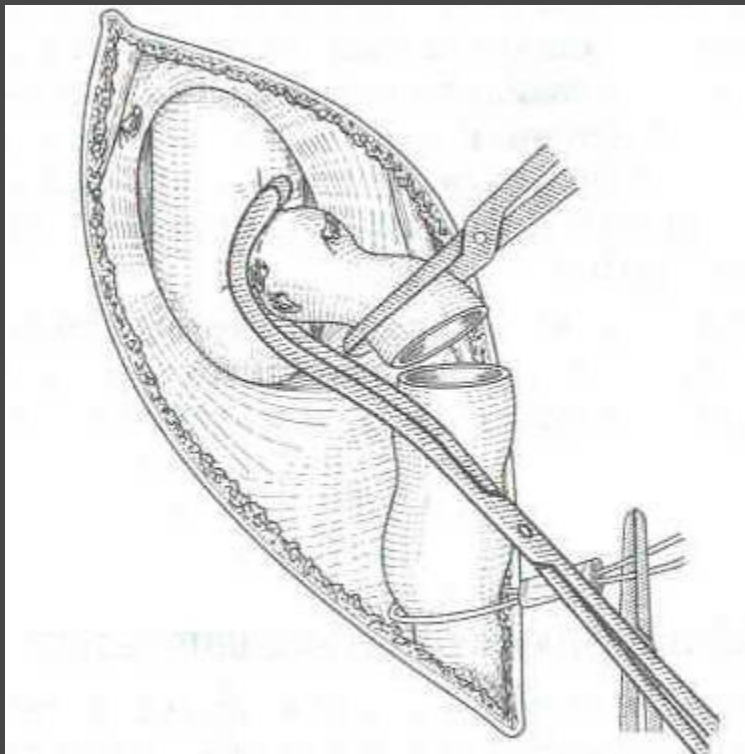
По абсолютным показаниям (паллиативные операции):

- ◎ кроссэктомия;
- ◎ тромбэктомия из глубоких вен;

Радикальная флебэктомия



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



**Посттромбофлебитическая болезнь
(Посттромбофлебитический синдром)**

- 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.

- Посттромбофлебитическая болезнь есть результатом тромбоза глубоких вен нижних конечностей и таза. Анализ флебографических данных, патоморфологических и функциональных исследований свидетельствует о том, что посттромбофлебитическая болезнь в своем развитии проходит стадии окклюзии и реканализации.

Этиология и патогенез.

- Особенностью патогенеза посттромбофлебитического синдрома есть наличие регионарной гипертензии, которая обусловленная патологией глубоких магистральных вен. Венозная гипертензия увеличивает нагрузку 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 боль в пораженной конечности с локализацией преимущественно в участке дистальных отделов 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 коммуникантных 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.