Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

дополнительного профессионального образования

Обнинский центр повышения квалификации и переподготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием

РЕФЕРАТ

Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей

Обнинск 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Тромбофлебит: понятие, этиология и патогенез

2. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей

2.1 Клиническая картина тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей

2.2 Диагностика тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей

2.3 Лечение тромбофлебитов поверхностных вен нижних конечностей

Заключение

Список использованных источников

Приложение А. Анатомия вен нижних конечностей

Приложение Б. Работа клапанного аппарата вен в норме и при патологии

Приложение В. Наиболее часто встречаемые места локализации варикозных расширенных вен нижних конечностей

Приложение Г. Острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены слева

# ВВЕДЕНИЕ

Тромбофлебит (греч. Thrombos – «сгусток крови», phlebos – «вена», -itis – «воспаление») - воспаление стенки вены с закупоркой вены сгустком крови (тромбом). Данный вид патологии является весьма распространенным заболеванием венозной системы, с которым сталкивается врач любой специальности.

Встречается тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей и поверхностных вен в зависимости от локализации воспалительного процесса или тромба. Наиболее часто встречается тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей (у 10-20% населения).

В настоящее время проблема лечения пациентов с тромбофлебитами нижних конечностей является достаточно актуальной. Это связано с преимущественным возникновением заболеваний в работоспособном возрасте, частой инвалидизацией пациента. При всех достигнутых за последнее время успехах в лечении и диагностике варикозной болезни нижних конечностей последняя остается самым распространенным заболеванием периферического сосудистого русла. Судить о частоте тромбофлебита среди населения достаточно сложно, но если принять за основу положение, что среди госпитализированных в хирургические отделения больных с данной патологией более 50% имели варикозное расширение вен, то с учетом миллионов больных с данной патологией в стране эта цифра выглядит весьма впечатляюще и проблема приобретает большое медико-социальное значение. Возраст пациентов колеблется от 17 до 86 лет и даже старше, а средний возраст составляет 40-46 лет, то есть трудоспособный контингент населения.[[1]](#footnote-1)

Цель работы – изучение и краткая характеристика тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей.

Работа состоит из введения, двух глав основной части, заключения, списка источников и приложений.

# 1. ТРОМБОФЛЕБИТ: ПОНЯТИЕ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Тромбофлебит - патологический процесс, характеризующийся воспалением стенки вены (флебитом) и окружающих её тканей (перифлебитом) с образованием внутрисосудистых тромбов.

Более чем у 90% больных тромбофлебит локализуется на нижних конечностях. Вены нижних конечностей делятся на поверхностные (подкожные) и глубокие, которые соединены между собой анастомозами – коммуникантными (перфорирующими) венами. В Приложении А показана анатомия вен нижних конечностей. Все вены имеют клапаны, которые обеспечивают непрерывный и односторонний кровоток по поверхностным и глубоким венам от периферии к центру, а по перфорантным венам – из поверхностных в глубокие. В Приложении Б можно наглядно видеть работу клапанного аппарата вен в норме и при патологии.

Венозные тромбозы по локализации делятся на: тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей (основного ствола большой, малой подкожных вен, притоков подкожных вен и их сочетания) и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (берцово-подколенный сегмент, бедренный сегмент, подвздошный сегмент и их сочетания). Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей – наиболее распространённое заболевание. В Приложении В показаны наиболее часто встречаемые места локализации варикозных расширенных (поверхностных) вен нижних конечностей на голени и нижней трети бедра.

Причинами развития поверхностного тромбофлебита могут быть: изменение интимы сосудистой стенки при образовании варикозных узлов, замедление венозного кровотока с повышением вязкости крови, а также активация коагуляционного каскада (триада Вирхова). Нередко тромбофлебит развивается во время беременности, в послеродовом периоде, после хирургических и гинекологических вмешательств, травм, гнойно-септических заболеваний переохлаждения, переутомления. Тромбофлебитом осложняется также большая кровопотеря, инфаркт миокарда, инсульт и другие тяжёлые состояния.

# 2. ТРОМБОФЛЕБИТ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

## 2.1 Клиническая картина **тромбофлебита** поверхностных вен нижних конечностей

Тромбофлебит может развиться в любом отделе поверхностной венозной системы, поэтому клиническая картина тромбофлебита зависит от локализации тромботического процесса в подкожных венах, его распространенности, длительности и степени вовлечения в воспалительный процесс тканей, окружающих пораженную вену.

Наиболее часто локализация тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей - на голени в верхней или средней трети, а также нижней трети бедра. Подавляющее число случаев тромбофлебита (до 95-97%) отмечено в бассейне большой подкожной вены.[[2]](#footnote-2) Острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены слева показан в Приложении Г.

По ходу вены, пораженной тромбом, возникает локальная болезненность в проекции подкожных вен на уровне голени и бедра с вовлечением в процесс тканей, окружающих вену, вплоть до развития резкой гиперемии этой зоны, наличия уплотнений не только вены, но и подкожной клетчатки (появляется плотное и болезненное уплотнение, кожа над ним краснеет).

Чем протяженнее зона тромбоза, тем более выражены болевые ощущения в конечности, что вынуждает пациента ограничить ее движение. Возможно ухудшение общего самочувствия, проявляющееся симптомами общевоспалительной реакции – слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, а в тяжелых случаях до 38-39°С, появляется умеренный отёк конечности. Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены.

Однако следует сказать, что клинические проявления у 30% больных с поверхностным тромбофлебитом истинная распространенность тромбоза на 15-20 см превышает клинически определяемые признаки тромбофлебита. Скорость нарастания тромба зависит от многих факторов и в некоторых случаях она может достигать 20 см в сутки. Момент перехода тромбоза на глубокие вены протекает скрытно и не всегда определяется клинически.

Развитие тромбофлебита фактически может идти в двух вариантах.

Относительно благоприятное течение заболевания. На фоне проводимого лечения происходит стабилизация процесса, тромбообразование прекращается, явления воспаления стихают, и начинается процесс организации тромба с последующей реканализацией соответствующего отдела венозной системы. Однако это нельзя считать излечением, т.к. всегда происходит повреждение исходно измененного клапанного аппарата, что в дальнейшем усугубляет клиническую картину хронической венозной недостаточности.

Наиболее неблагоприятный и опасный вариант в плане развития осложнений местного характера – восходящий тромбоз по ходу большой подкожной вены до овальной ямки или переход тромботического процесса через вены - коммуниканты на глубокую венозную систему голени и бедра.

Главной опасностью является угроза развития такого осложнения, как эмболия легочной артерии (ТЭЛА), источником которой может быть флотирующий тромб из системы малой или большой подкожной вены, а также вторично возникший тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

## 2.2 Диагностика тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей

Как уже было сказано выше, для тромбофлебита типична выраженность местных воспалительных изменений в области пораженных подкожных вен, поэтому диагностика не вызывает особых затруднений. Осмотр производится всегда с двух сторон – от стопы до паховой зоны. Обращается внимание на наличие или отсутствие патологии венозной системы, характер изменения окраски кожных покровов, локальную гиперемию и гипертермию, отечность конечности. По ходу вены пальпируется болезненный плотный инфильтрат в виде шнура, над ним кожа гиперемирована, подкожная клетчатка инфильтрирована. Выраженная гиперемия типична для первых дней заболевания, она постепенно уменьшается к концу первой недели.

При локализации тромбофлебита в малой подкожной вене, местные проявления выражены в меньшей степени, чем при поражении ствола большой подкожной вены, что обусловлено особенностями анатомии. Поверхностный листок собственной фасции голени, покрывающий вену, препятствует переходу воспалительного процесса на окружающие ткани.

Важным моментом является выяснение срока появления первых симптомов заболевания, быстроты их нарастания и предпринимались ли пациентом попытки медикаментозного воздействия на процесс. Так, по данным А.С. Котельникова,[[3]](#footnote-3) нарастание тромба в системе большой подкожной вены идет до 15 см в сутки.

Коме того, как уже было отмечено выше, почти у трети больных с восходящим тромбозом большой подкожной вены истинная верхняя граница его расположена на 15-20 см выше уровня, определяемого по клиническим признакам, то есть этот факт должен учитывать каждый хирург, чтобы не произошла неоправданная задержка операции, направленной на предотвращение ТЭЛА.[[4]](#footnote-4)

При лабораторном обследовании в обычном клиническом анализе крови обращается внимание на уровень лейкоцитоза и уровень СОЭ.

Желательно исследование С-реактивного белка, коагулограммы, тромбэластограммы, уровня протромбинового индекса и других показателей, характеризующих состояние свертывающей системы.

Наличие тромбофлебита подтверждается и на основании специальных методов диагностики. Существует множество методов обследования венозной системы нижних конечностей: ультразвуковая допплерография, дуплексное сканирование, флебография, КТ–флебография, фотоплетизмография, флебосцинтиография, флебоманометрия. Здесь определяющая роль отводится дуплексному сканированию, так как только с его помощью можно определить четкую границу тромбоза, степень организации тромба, проходимость глубоких вен, состояние коммуникантов и клапанного аппарата венозной системы. Данное исследование показано в первую очередь больным с подозрением на эмбологенный тромбоз, то есть когда имеется переход тромба из поверхностной венозной системы в глубокую через сафено-феморальное или сафено-поплитеальное соустье.

Максимальной информативностью обладает ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока.[[5]](#footnote-5) Метод неинвазивен, позволяет адекватно оценить состояние вены и окружающих ее тканей, определить локализацию тромба, его протяженность и характер тромбоза, что крайне важно для определения дальнейшей лечебной тактики.

В тех случаях, когда ультразвуковые методы недоступны либо малоинформативны, применяют рентгенконтрастные методы.

Показание к флебографическому исследованию возникает в случае распространения тромба из большой подкожной вены на общую бедренную и подвздошную вену.

2.3 Лечение тромбофлебитов поверхностных вен нижних конечностей

Лечение больных с тромбофлебитами вен нижних конечностей должно быть комплексным, включать и консервативные и хирургические методы.

Главными задачами лечения пациентов с тромбофлебитом поверхностных вен являются: максимально быстро воздействовать на очаг тромбоза и воспаления для предотвращения дальнейшего его распространения; попытаться предупредить переход тромботического процесса на глубокую венозную систему, что значительно повышает риск развития ТЭЛА.

Консервативное лечение в амбулаторных условиях допустимо при ограниченном поверхностном тромбофлебите стопы и голени, находясь под контролем хирурга. Данная терапия должна быть комплексной: она направлена на улучшение кровообращения, ликвидацию воспаления, а также нормализацию показателей гемостаза. Однако в случае появления признаков распространения тромбоза на уровень бедра может потребоваться госпитализация больного в стационар.

Важным условием лечения является обеспечение конечности функционального покоя и профилактика тромбоэмболических осложнений. С этой целью в острой стадии болезни показан постельный режим с возвышенным положением поражённой конечности (не строгий). На 1-2 дня на воспалённые участки прикладывают пузырь со льдом.

Строгий постельный режим показан только больным, у которых уже были клинические признаки ТЭЛА или есть четкие клинические данные и результаты инструментального исследования указывают на эмбологенный характер тромбоза.

После затихания острых явлений разрешается ходить с забинтованной эластичным бинтом ногой.

Применение наружной компрессии (эластический бинт, гольфы, колготки) в острой фазе воспаления могут вызвать определенный дискомфорт, поэтому этот вопрос должен решаться индивидуально.

Стоит отметить, что при поверхностном тромбофлебите больные, как правило, могут вести активный образ жизни, а пораженной конечности периодически придавать возвышенное положение. Двигательная активность больного должна быть ограничена только выраженной физической нагрузкой (бег, подъем тяжестей, выполнение какой-либо работы, требующей значительного мышечного напряжения конечностей и брюшного пресса).

Однако в тех случаях, когда тромбофлебит на уровне голени, леченный в течение 10-14 дней, не поддается регрессу, должен стоять вопрос о госпитализации и более интенсивной терапии заболевания.

В лечении тромбофлебита применяют противовоспалительные, антиаллергические медикаменты, спазмолитики, никотиновую кислоту, эскузан, назначают средства, уменьшающие застойные явления в венах (ацетилсалициловую кислоту, реопирин, эскузан, венорутон, анавенол, троксевазин, электрофорез протеолитических ферментов и др.).

При выраженном перифлебите назначают антибиотики и сульфаниламидные препараты. Рассасывание тромбов ускоряют компрессы с гепариновой, гепароидной мазью.

В последние годы, вопрос о применении антибиотиков у данной категории больных является достаточно спорным. Врач должен помнить о возможных осложнениях данной терапии (аллергические реакции, непереносимость, провокация гиперкоагуляции крови). Также далеко не однозначно решается вопрос и о целесообразности использования антикоагулянтов (особенно прямого действия) у этого контингента больных.[[6]](#footnote-6)

Кроме того, применение гепарина уже через 3–5 дней может вызвать у пациента тромбоцитопению, а уменьшение количества тромбоцитов более чем на 30% требует прекращения терапии гепарином. То есть возникают трудности контроля за гемостазом, особенно в амбулаторных условиях.

Поэтому более целесообразным является использование низкомолекулярных гепаринов (далтепарин, надропарин, эноксапарин), так как они крайне редко вызывают развитие тромбоцитопении и не требуют такого тщательного контроля за свертывающей системой. Положительным является тот факт, что эти препараты можно вводить больному 1 раз в сутки. На курс лечения достаточно 10 инъекций, а затем больной переводится на антикоагулянты непрямого действия.[[7]](#footnote-7)

В настоящее время для лечения этих больных появились мазевые формы гепарина (лиотон-гель, Гепатромбин). Главным их достоинством являются достаточно высокие дозы гепарина, которые подводятся непосредственно к очагу тромбоза и воспаления.

В комплекс лечения больных должны входить и нестероидные противовоспалительные препараты, также обладающие обезболивающим действием.

В консервативном лечении тромбофлебита важное место занимает физиотерапия. После ликвидации острых явлений тромбофлебита больным назначают магнитотерапию, диадинамические токи, используют процедуры гирудотерапии. Наиболее эффективны токи УВЧ, электрофорез трипсина, гепарина, йодида калия.

При распространении тромбофлебита выше средней трети бедра, с целью предупреждения перехода процесса на бедренную вену и тромбоэмболии легочной артерии, показана операция. Она заключается в перевязке большой подкожной вены у места её впадения в бедренную вену.

Основным показанием к оперативному лечению тромбофлебита является нарастание тромба по ходу большой подкожной вены выше средней трети бедра или наличие тромба в просвете общей бедренной или наружной повздошной вены, что подтверждено флебографически или дуплексным сканированием. Общепризнанной операцией при восходящем тромбофлебите большой подкожной вены является операция Троянова-Тренделенбурга.[[8]](#footnote-8)

В современной хирургии тромбы «улавливают» при помощи кава-фильтров - медицинское устройство, которое имплантируется в просвет нижней полой вены для улавливания тромбов, несущих током крови. Кава-фильтр свободно пропускает кровь, но создает препятствие для тромбов.[[9]](#footnote-9)

Профилактика тромбофлебитов должна быть направлена на раннее выявление и своевременное лечение заболеваний, которые способствуют их развитию (варикозное расширение вен, острые гнойные процессы и др.), устранение источников инфекции в предоперационном и предродовом периодах (кариозные зубы, тонзиллит и др.).

Кроме того, учитывая тот факт, что при тромбофлебите поверхностных вен общее состояние пациента и самочувствие, как правило, не страдают и остаются вполне удовлетворительными, у больного создается иллюзия относительного благополучия. В результате это приводит к поздней обращаемости для оказания квалифицированной медицинской помощи, и часто хирург сталкивается уже с осложненными формами этой патологии, когда имеет место высокий восходящий тромбофлебит или тромбоз глубоких вен конечности.

Большое значение в предупреждении тромбофлебита имеет проведение внутривенных вливаний в разные вены, бережное отношение к тканям во время оперативных вмешательств. В послеоперационном периоде рекомендуются раннее вставание, лечебная физкультура, проведение мероприятий, направленных на борьбу с обезвоживанием, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы, применение антикоагулянтов при повышенном содержании протромбина крови у тяжелобольных и лиц пожилого возраста. Главное в профилактике тромбофлебита - устранение основной причины заболевания - варикозного расширения вен.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, завершая работу, кратко отметим следующее. Тромбофлебит - воспалительное заболевание вен с образованием в них тромба. Наиболее часто встречается тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

Поверхностный тромбофлебит это воспаление поверхностной вены и формирование в ней тромба. В настоящее время проблема лечения пациентов с тромбофлебитами является актуальной. Это связано с преимущественным возникновением заболеваний в работоспособном возрасте, частой инвалидизацией пациента.

В развитии заболевания лежит комплекс причин: варикозная болезнь, замедление тока крови по венам, понижение реактивности организма, инфекция, изменение состава крови, повышение ее свертываемости, нарушение целости стенок сосудов. Клинические проявления и симптомы тромбофлебита определяются локализацией тромбоза в поверхностных венах, его распространенностью, степенью участия в воспалительных процессах окружающих тканей и прочих факторов, в зависимости от которых могут наблюдаться различные формы заболевания - от резко выраженного местного воспаления по ходу тромбированной вены с серьезными нарушениями общего состояния больного до незначительных проявлений болезни местного либо общего порядка.

Тромбофлебит поверхностных вен начинается умеренно выраженными болями по ходу поверхностных венозных сосудов - обычно на внутренней поверхности голени и бедра, реже - на задней поверхности голени; кратковременное повышение температуры до 37,5-38°С; отечность и покраснение кожи по ходу воспаленных вен с образованием болезненных уплотнений различной величины; длительность заболевания - от 10 до 30 дней.

Кроме общего врачебного осмотра и назначения обычных анализов для постановки диагноза выполняют исследование состояния свертывающей системы крови, венозного кровообращения, определение расположения и протяженности тромба в венозной системе. С этой целью применяются различные методы: ультразвуковое исследование (допплерография, дуплексное сканирование и пр.); рентгеноконтрастная флебография; радиоизотопное исследование; определение концентрации протромбина крови; исследование коагулограммы - состояния свертывающей системы крови (время кровотечения, время образования тромба, факторы свертывания крови и пр.)

Всем пациентам необходима консервативная терапия, основу которой составляют анткоагулянтные препараты, препятствующие прогрессированию процесса или развитию ретромбоза.

При легкой форме поверхностного тромбофлебита (четко ограниченный узел на голени, отсутствие лихорадки) допустимо лечение на дому под контролем врача. В этой ситуации наиболее эффективно применение антитромбоцитарных и способствующих рассасыванию тромбов средств.

При развитии тромбофлебита часто необходима госпитализация, строгий постельный режим и возвышенное положение конечности для предотвращения возможности возникновения эмболии.

В условиях больницы врачи применяют средства, понижающие свертываемость крови, постоянно контролируя состояние крови (определение концентрации протромбина, времени свертывания и пр.). Эти лекарства уменьшают содержание протромбина в крови, тем самым предотвращая образование новых тромбов в сосудах. Эффективны противовоспалительные препараты. По показаниям назначают антибиотики. Для местного применения используются лекарственные средства способствующие рассасыванию тромбов.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агаджанова Л.П. Ультразвуковая диагностика заболеваний ветвей дуги аорты и периферических сосудов. - М.: Видар-М, 2000. - 176 с.
2. Гивировская Н.Е, Михальский. В.В. Тромбозы и тромбофлебиты вен нижних конечностей: этиология, диагностика и лечение // Рус. мед. журнал. - 2009. - Т.17. - №25. - С. 1663-1666.
3. Золкин В.Н., Тищенко И.С. Антикоагулянтная терапия в лечении острых тромбозов глубоких и поверхностных вен нижних конечностей // Трудный пациент. – 2007. - №15-16.
4. Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Острый тромбофлебит. - М.: Литера, 2006. - 108 с.
5. Кияшко В.А. Тромбофлебиты поверхностных вен: диагностика и лечение // Рус. мед. Журнал. – 2004. - №12. – С.19.
6. Котельников А.С. и др. Новые тенденции в флебологии // Ангиология и сосудистая хирургия. 2003. - №3. – С.168-169.
7. Савельев В.С. Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
8. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткина М.И. Основы клинической флебологии. - М.: Медицина, 2005. - 312 с.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анатомия вен нижних конечностей



Поверхностные вены нижних конечностей



# ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Наиболее часто встречаемые места локализации варикозных расширенных (поверхностных) вен нижних конечностей

Варикозно расширенные вены: а) голени, б) нижней трети бедра

а)

б) 

# ПРИЛОЖЕНИЕ В

Работа клапанного аппарата вен в норме и при патологии



# ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены слева



1. Золкин В.Н., Тищенко И.С. Антикоагулянтная терапия в лечении острых тромбозов глубоких и поверхностных вен нижних конечностей // Трудный пациент. – 2007. - №15-16. [↑](#footnote-ref-1)
2. Гивировская Н.Е, Михальский. В.В. Тромбозы и тромбофлебиты вен нижних конечностей: этиология, диагностика и лечение // Рус. мед. журнал. - 2009. - Т.17. - № 25. - С. 1663-1666. [↑](#footnote-ref-2)
3. Котельников А.С. и др. Новые тенденции в и флебологии // Ангиология и сосудистая хирургия. 2003. - №3. – С.168-169. [↑](#footnote-ref-3)
4. Савельев В.С. Гологорский В.А., Кириенко А.И.и др. Флебология. - М.: Медицина, 2001. - С.64. [↑](#footnote-ref-4)
5. Агаджанова Л.П. Ультразвуковая диагностика заболеваний ветвей дуги аорты и периферических сосудов. - М.: Видар-М, 2000. - С.17. [↑](#footnote-ref-5)
6. Кияшко В.А. Тромбофлебиты поверхностных вен: диагностика и лечение // Рус. мед. Журнал. – 2004. - №12. – С.19 [↑](#footnote-ref-6)
7. Там же. [↑](#footnote-ref-7)
8. Гивировская Н.Е, Михальский. В.В. Тромбозы и тромбофлебиты вен нижних конечностей: этиология, диагностика и лечение // Рус. мед. журнал. - 2009. - Т.17. - № 25. - С. 1663-1666 [↑](#footnote-ref-8)
9. Там же. [↑](#footnote-ref-9)