**Флеботромбоз**

Флеботромбоз - образование в просвете вены тромба, фиксированного к стенке вены, полностью или частично («флотирующий тромб») обтурирующего сосуд. В возникновении имеет значение: изменение внутренней стенки сосуда, повышение свертываемости крови и замедление тока крови. Эти факторы особенно часто возникают в послеоперационном периоде в глубоких венах нижних конечностей, венах таза. В те-, чение первых А-5 дней тромб слабо фиксирован к стенке сосуда, возможен отрыв тромба с развитием тромбоэмболии легочной артерии. С 5-го дня можно говорить уже о тромбофлебите. При тромбозе поверхностных вен воспалительные изменения присоединяются очень быстро, что связано с близостью кожных покровов, частыми микротравмами кожи. Первичный тромбофлебит возникает в результате внутривенного введения раздражающих веществ, при травме или при наличии рнцом со стенкой сосуда инфекционного процесса.

Тромбофлебит поверхностных вен конечности проявляется болями, гиперемией кожи и болезненным при пальпации уплотнением по ходу вены (чаще варикозно расширенной). При септическом тромоофлебите может определяться флюктуация в зоне уплотнения, высокая температура, септическое состояние.

Лечение тромбофлебита поверхностных вен зависит от локализации процесса. При локализации на голени целесообразна консервативная терапия: повязки с гепариновой мазью, эластическое бинтование конечности, ходьба с эластическими бинтами. Общая противовоспалительная терапия (бутадион, реопирин и др.), дезагреганты. При прогрессиро-вании тромбофлебита, переходе его на бедро показано оперативное лечение - операция Троянова - Тренделенбурга, иссечение тромбированных сосудов на бедре и голени. При достижении тромботическим процессом верхней трети бедра имеется очень большая возможность формирования фло-тирующего тромба, головка которого может свисать в бедренную вену. Типично выполненная операция в таком случае приведет к отрыву тромба с развитием тромбоэмболии легочной артерии. В подобном случае, а также при переходе тромбоза на глубокую венозную систему (отек стопы и голени) показана госпитализация в специализированное сосудистое отделение для детального исследования локализации тромба; ангиография, радионуклидное исследование с использованием меченого фибриногена. При флотирующем тромбе, свисающем в просвет бедренной или подвздошной вены, в ряде случаев показана имплантация кавафильтра для профилактики тромбоэмболических осложнений с последующим оперативным удалением тромбированных поверхностных вен и извлечением тромба из глубокой системы.

Флеботромбоз глубоких вен чаще поражает нижние конечности, вены таза. В начальной стадии клиническая картина минимальна, диагностика трудна. В этой стадии часто еще нет полной окклюзии сосуда, кровоток сохранен, может определяться лишь болезненность по ходу сосудистого пучка, болезненность при тыльном сгибании стопы (симптом Хо-манса), тянущие боли по внутренней поверхности бедра и стопы (симптом Пайра), боли при наложении манжетки на голень и повышении в ней давления выше 150 мм рт. ст. (симптом Ловенберга). При нарастании тромбоза нарушается кровообращение в конечности: появляется отёк, кожа становится глянцевой, четко выступает рисунок подкожных вен (симптом Пратта), мраморность и цианоз кожи (симптом Шперлинга). При тромбозе вен таза могут быть легкие пери-тонеальные явления и динамическая кишечная непроходимость. Страдает общее состояние больных: слабость, утомляемость, повышение температуры, тахикардия.

Различают следующие клинические варианты флеботром-боза глубоких вен. Белая болевая флегмазия: заболевание сопровождается резким спазмом артериальных сосудов. Выраженный солевой синдром, конечность бледная, холодная на ощупь, пульсация периферических сосудов отсутствует или резко ослаблена. Трудно дифференцировать от острых нарушений артериального кровообращения.

Синяя .болевая флегмазия-самая тяжелая форма фле-ботромбоза. Поражены практически все венозные сосуды конечности с резким нарушением венозного кровотока и быстрым развитием гангрены конечности.

При флеботромбозе глубоких вен показана госпитализация в специализированное отделение для тщательной диагностики локализации и протяженности тромбоза и выработки оптимального варианта лечения.

Осложнения. Тромбоэмболия легочной артерии, миог-лобинурия, гиповолемический шок, гиперкалиемия, коагуло-патия потребления. В отдаленные сроки развивается пост-тромбофлебитический синдром.

Профилактика. Эластическое бинтование конечности во время и после операции, родов, следует избегать использования вен нижних конечностей для инфузий. Раннее вставание, лечебная гимнастика после операции.

Посттромбофлебитический синдром. После перенесенного флеботробоза глубоких вен конечности происходит реканализация тромботических масс и просвет сосуда частично восстанавливается, однако даже при достаточном восстановлении просвета сосуда исчезновение клапанного аппарата глубоких вен вызывает значительные пэмодинамические нарушения в конечности. Изменения кровотока в глубоких венах ведут к включению патологических вено-венозных шунтов: сброс крови через несостоятельные коммуникантные вены и устья большой и малой подкожных вен приводят к значительному повышению давления в поверхностной венозной системе и развитию вторичного варикозного расширения. «Мышеч-но-венозная помпа» не справляется с эвакуацией крови из конечности. В период сокращения мышц голени давление в глубоких венах значительно повышается, часть крови устремляется через несостоятельные коммуникантные вены в поверхностную систему, что приводи i к значительному повышению давления, выходу жидкой части крови и эритроцитов в пар^ва-зальную клетчатку (индурация и пигментация кожи), открытию артериовенозных шунтов с усилением гипоксии тканей и развитием язвенных дефектов, локализованных обычно на голени выше внутренней лодыжки.

Варикозные язы имеют некротическое дно, гнойное отделяемое с неприятным запахом, подрытые края, тенденция к заживлению их незначительна.

Больные с постгромбофлебитическим синдромом требуют тщательного, обследования: изучения анамнеза, данных объективного исследования, проведения специальных диагностических тестов (см. Варикозное расширение вен), которые должны быть дополнэны контрастным рентгенологическим исследованием, правильность которого может быть обеспечена применением комбинации различных флебологических методов с целью получения данных о всей венозной системе конечности.

Лечение. В настоящее время не существует радикального метода лечения больных посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей. Характер лечения, его эффективность зависят от вида (несостоятельность клапанов, полная окклюзия вены), локализации и протяженности поражения сосуда. Основой хирургической тактики является максимальная коррекция функции «мышечной помпы» голени.

Прогноз серьезный, трудоспособность снижена.

Окклюзия подключичной вены (синдром Педжетта - Шреттера). Острый тромбоз подмышечной или подключичной вены возникает чаще у молодых людей после чрезмерной физической нагрузки, например при работе, игре в теннис и пр В возникновении имеют значение микронадрывы внутренней оболочки вены при физических нагрузках, компрессия вены и травматизация ее ключицей.

Симптомы, течение. Характерны боль и отечность руки после физической нагрузки. При осмотре виден усиленный венозный рисунок на руке, надключичной области и передней поверхности грудной клетки, отек руки. Диагноз подтверждается флебографией.

Лечение. В остром случае - тромбэктомия, при наличии выраженного перипроцесса-флеболиз. Необходимы также антикоагулянтная терапия, эластическое бинтование руки.

Вторичные формы синдрома возникают в результате одав-ления вены лимфатическими узлами, опухолями и пр. Лечение зависит от причины, вызвавшей нарушение оттока венозной крови от конечности.

Прогноз серьезный.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>