**Флеботромбоз глубоких вен.**

Флеботромбоз глубоких вен – потенциально опасное для жизни заболевание. Тромбоз магистральных вен бедра и таза может иметь первичную локализацию в глубоких венах голени или подвздошно-бедренных венах. В первые 3-4 дня тромб слабо фиксирован к стенке сосуда, возможен отрыв тромба и тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Через 5-6 дней присоединяется воспаление интимы, способствующее фиксации тромба -тромбофлебит глубоких вен. В США заболевание ежегодно поражает около 250000 человек.

Этиология.

Пусковыми считают следующие факторы:

- травма или чрезмерное физическое напряжение;

- бактериальная инфекция;

- длительный постельный режим при хирургических, терапевтических, неврологических заболеваниях;

- послеродовой период;

- прием пероральных противозачаточных средств;

- онкологические заболевания (особенно рак легких, желудка, под-желудочной железы);

- ДВС- синдром.

Локализация процесса.

Клинически различают тромбоз глубоких вен голени и подвздошно-бедренный (илиофеморальный) флеботромбоз. Эмболы в легочную артерию исходят из этих сосудов приблизительно в 80-90% случаев ТЭЛА.

Более редкая локализация.

- Подключичная вена.

- Вены верхних конечностей и шеи (особенно при их катетеризации).

- Правое предсердие.

- Почечные вены (особенно при выраженной почечной патологии).

Клиническая картина.

Глубокий флеботромбоз сопровождается стойким отеком голени или всей ноги, чувством тяжести в ногах. Кожа становится глянцевой, четко выступает рисунок подкожных вен (симптом Пратта). Характерны также симптом Пайра (распространение боли по внутренней поверхности стопы, голени или бедра), симптом Хоманса (боль в голени при тыльном сгибании стопы). Также возникает боль при сдавлении голени манжетой аппарата для измерения АД при величине 80-100 мм рт.ст. (симптом Ловенберга), в то время как сдавление здоровой голени до 150-180 мм рт. ст. не вызывает неприятных ощущений. При тромбозе вен таза наблюдают легкие перитонеальные симптомы и иногда динамическую кишечную непроходимость.

Глубокий венозный тромбоз имеет классические клинические проявления лишь в 50% случаев.

В 50% случаев, подтвержденных флебографией, глубокий венозный тромбоз не сопровождается видимыми изменениями.

Первым проявлением заболевания у многих больных может быть тромбоэмболия в сосуды легочной артерии.

Диагноз тромбоза глубоких вен подтверждают при помощи следующих исследований.

- Флебография (дистальная восходящая) и наиболее точный диагностический метод тромбоза глубоких вен. Рентгеноконтрастное вещество вводят в одну из подкожных вен стопы ниже турникета, слегка сдавливающего лодыжку, чтобы направить движение контрастного вещества в системе глубоких вен. Если после исследования не промыть вену гепарином в 3% случаев возникает ее воспаление или тромбоз.

- Допплеровское УЗИ подтверждает тромбоз глубоких вен выше уровня колена с точностью до 80-90%.

- Импедансная плетизмография. После ослабления манжеты, сдавливавшей голень с силой, достаточной для временной окклюзии вен, определяют изменение объема кровенаполнения голени. Проба позволяет диагностировать глубокий венозный тромбоз выше уровня колена с точностью до 90%.

- Сканирование с использованием меченного фибриногена. Для определения включения радиоактивного фибриногена в сгусток крови выполняют серийное сканирование обеих нижних конечностей. Метод наиболее эффективен для диагностики тромбоза вен голени.

Лечение.

Всем больным с флеботромбозом показано лечение в условиях хирургического стационара. Назначают строгий постельный режим в течение 7-10 дней с возвышенным положением больной конечности.

Гепарин вводят в/в на протяжении 7-10 дней. При развитиии осложнений (например ТЭЛА) или риске повторных эмболий срок терапии антикоагулянтами увеличивают. Продолжительность приема антикоагулянтов непрямого действия зависит от тяжести заболевания.

Тромболитическая терапия (стрептокиназа или эдюкиназа) эффективна в самой ранней, обычно редко распознаваемой, стадии венозного тромбоза. На более поздних сроках тромболизис может вызвать фрагментацию тромба и возникновение ТЭЛА.

При диагностике флотирующего тромбоза показана остановка в нижнюю полую вену кава-фильтра ниже почечных вен или проведение различных оперативных вмешательств, препятствующих миграции тромба в систему легочой артерии с последующим проведением тромболитической и антикоагулянтной терапии. Тромболитическая терапия без остановки кава-фильтра при илеоморальном тромбозе противопоказана, т.к. она способствует миграции тромбов в легочную артерию с развитием TЭЛA .

Профилактика.

Простейшие превентивные меры включают ранние движения после операции, использование эластических чулок (сдавливающих поверхностные вены ноги и увеличивающие кровоток в глубоких венах), а также исключение факторов риска.

Периодическая компрессия голени при помощи пневматической манжеты увеличивает скорость кровотока по нижним конечностям и помогает предотвратить стаз крови.

Веноконстрикторы (например, дигидроэрготамин, детралекс) также увеличивают скорость кровотока по глубоким венам.

Гепарин, назначаемый в профилактических дозах до и после операции, может эффективно предупреждать тромбоз глубоких вен. Его подкожное введение повторяют многократно через каждые 4-6 ч.

**Список литературы**

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