



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

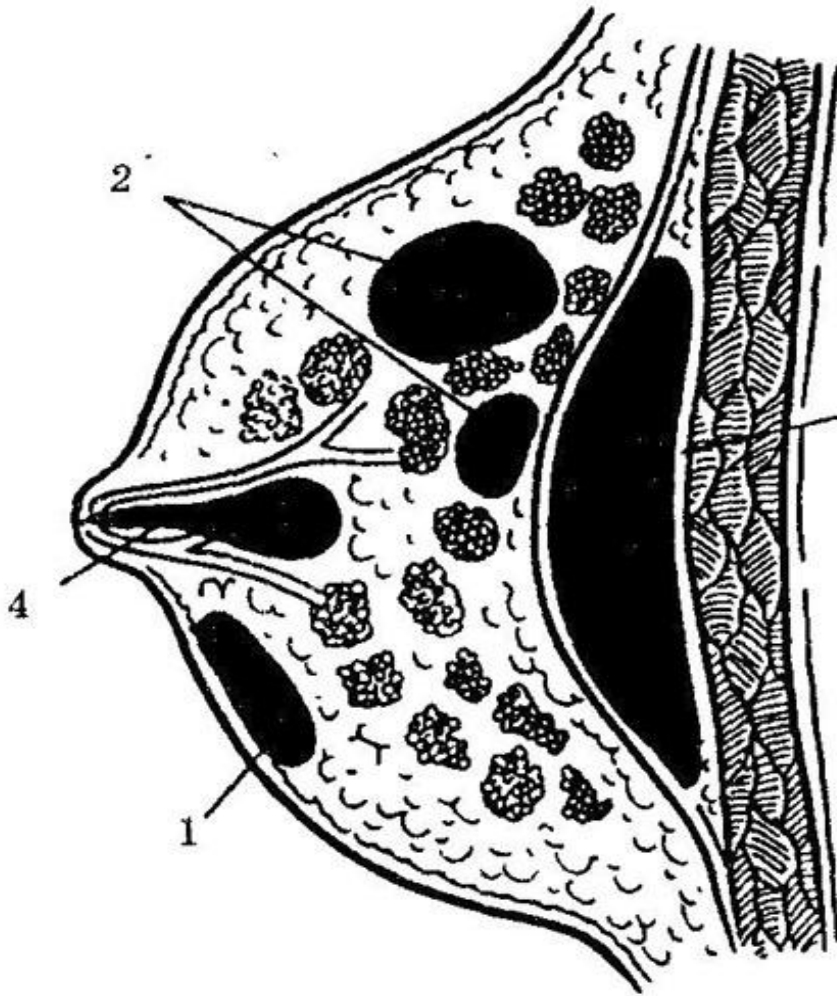
Этиология и патогенез лактационного мастита

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

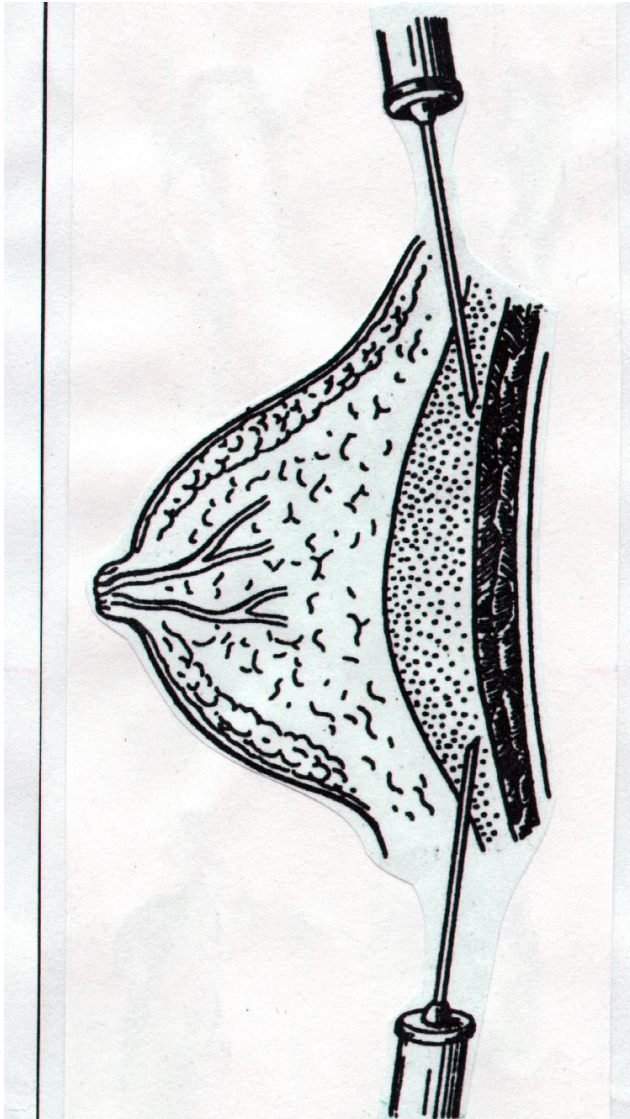
Клиническая картина

- **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 $^{\circ}$ C, озноб, бледность, потливость, тошнота, рвота, плохой аппетит

Клиническая картина

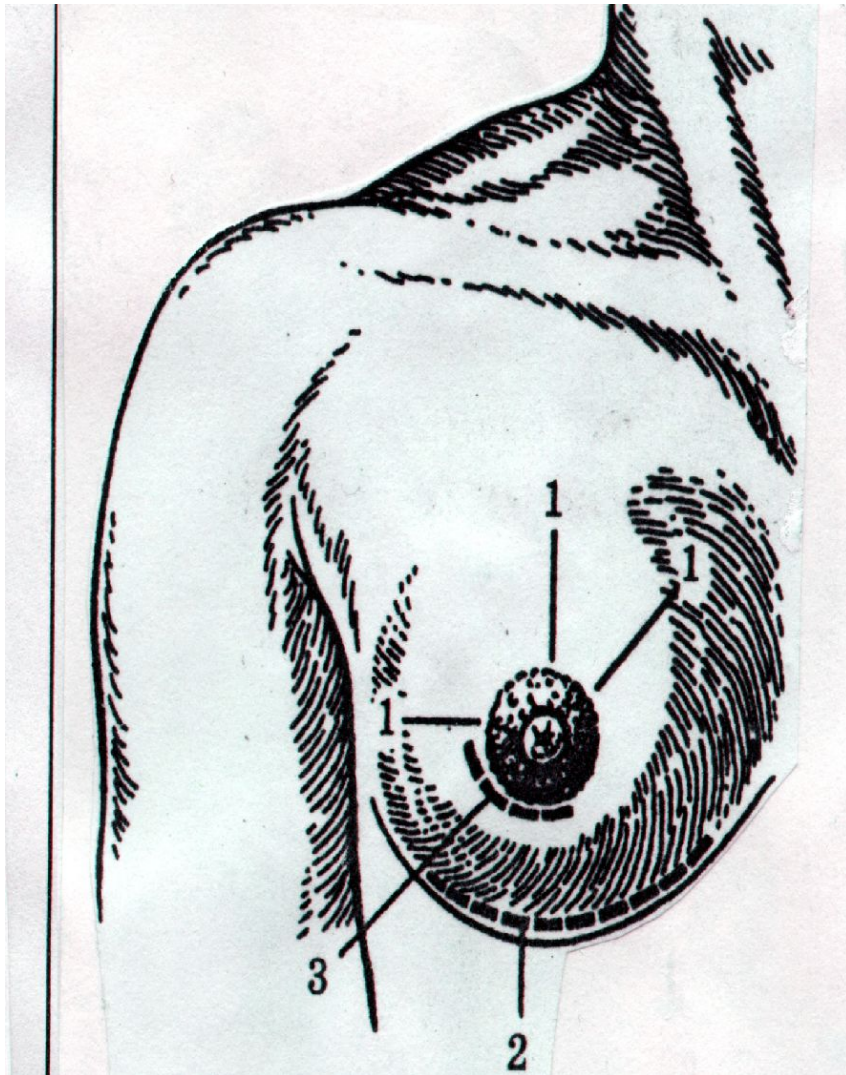
- **Гангренозный** мастит - постоянная лихорадка до 40°C и выше, пульс 110-120 в минуту, слабого наполнения. Молочная железа увеличена, отечна, болезненная, пастозна. Кожа бледно-зеленого или сине-багрового цвета, местами покрыта пузырями, отмечаются зоны некроза. Сосок втянут, молоко отсутствует, часто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

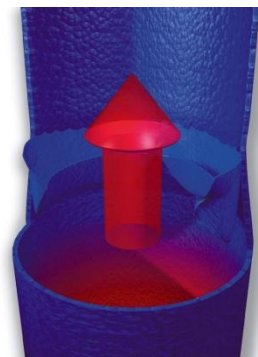
Триада Вирхова

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

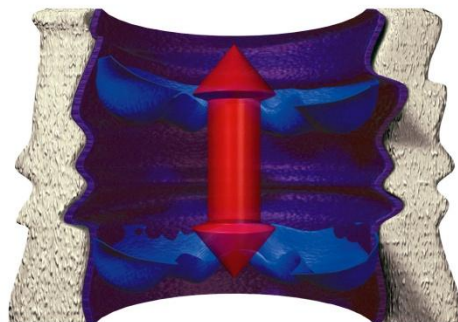


Здоровые вены

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)

- C0 – видимые и пальпируемые признаки болезни отсутствуют
- C1 – наличие телеангиоэктазий или ретикулярных вен
- C2 - варикозная трансформация подкожных вен
- C3 - отечный синдром, ночные судороги
- C4 – трофические нарушения (бурая гиперпигментация, венозная экзема, дерматиты, липодерматосклероз)
- C5 - трофическая язва, поддающаяся заживлению
- C6 – 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

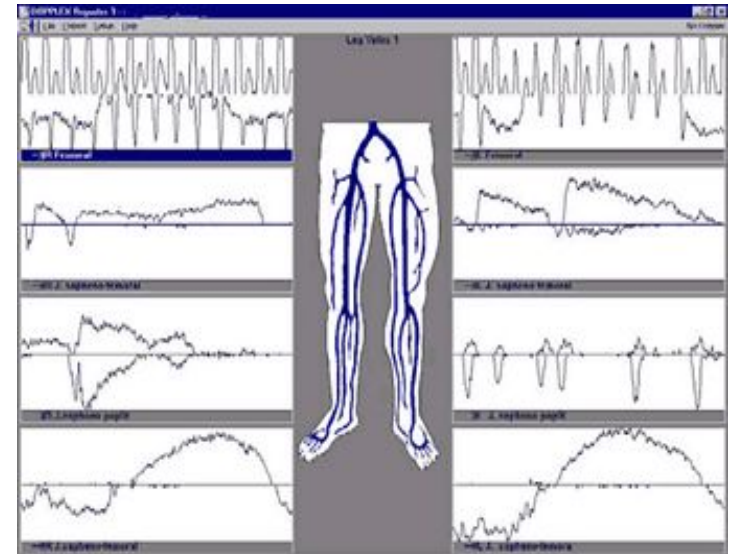
- **Тип I.** Тромбофлебит дистальных отделов большой или малой подкожных вен.
Угроза ТЭЛА отсутствует.
- **Тип II.** Восходящий тромбофлебит большой или малой подкожных вен (до соустья с глубокой системой).
Непосредственной угрозы ТЭЛА нет, но она может возникнуть в ближайшее время.
- **Тип III.** Тромбофлебит 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

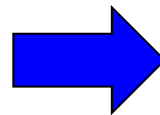
- Объективный осмотр
- Лабораторные исследования (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение D-димера, положительный С-реактивный белок)
- Ультразвуковое дуплексное сканирование
- Радионуклидное исследование с фибриногеном, меченным ^{131}I
- Флебография (по показаниям)

Методы диагностики

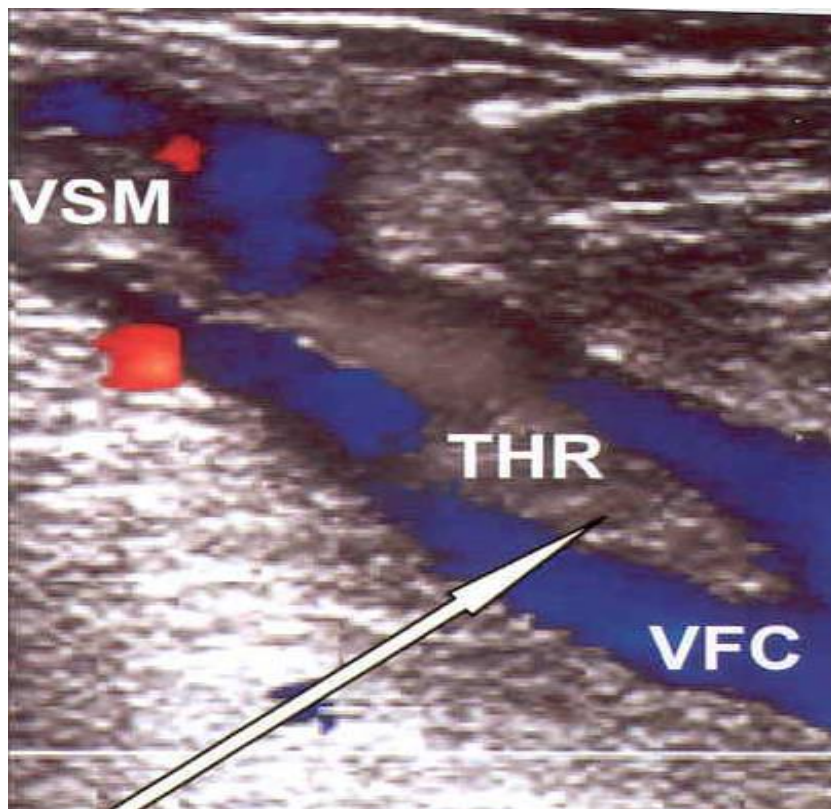
- Физикальное обследование
- Ультразвуковая доплерография



- 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

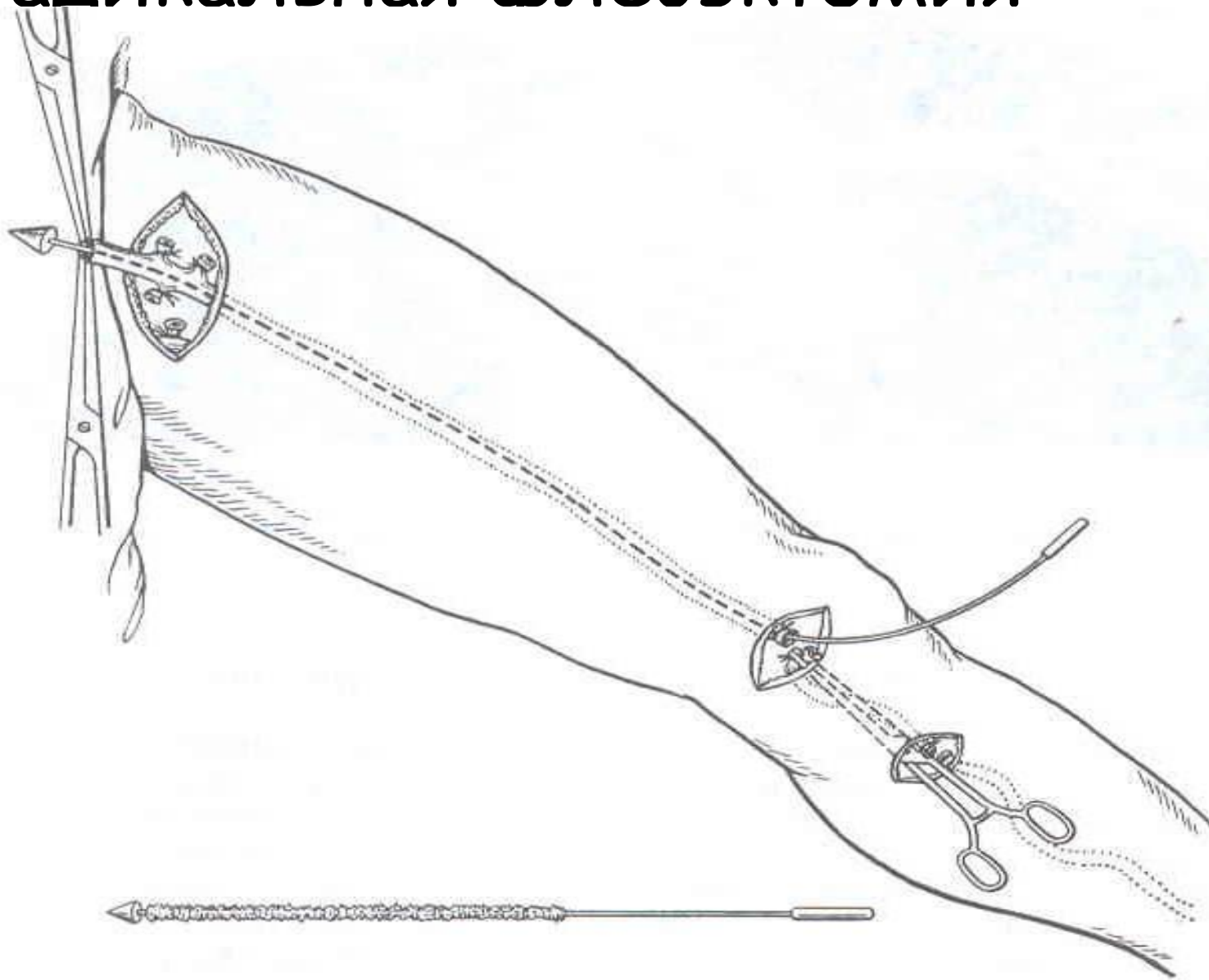
По относительным показаниям:

- флебэктомия;
- кроссэктомия;

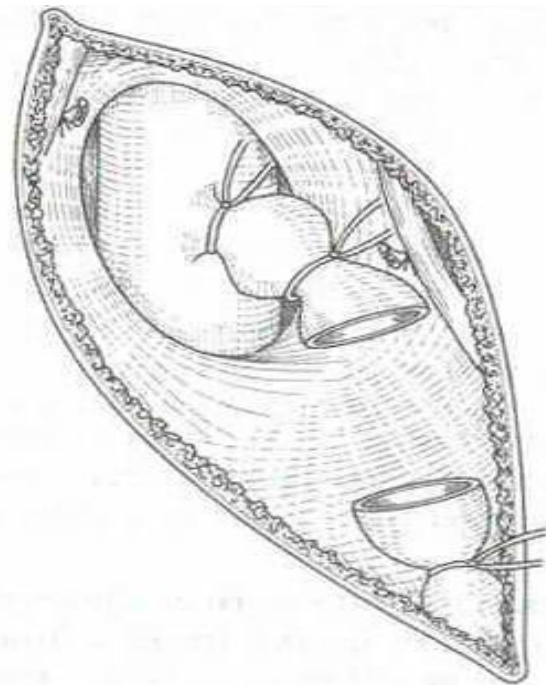
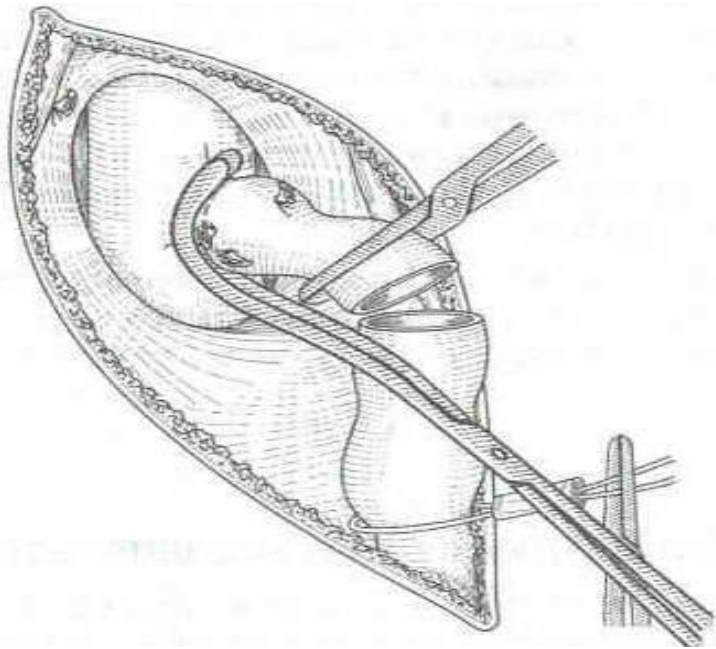
По абсолютным показаниям (паллиативные операции):

- 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.