

# Посттромбофлебитический синдром

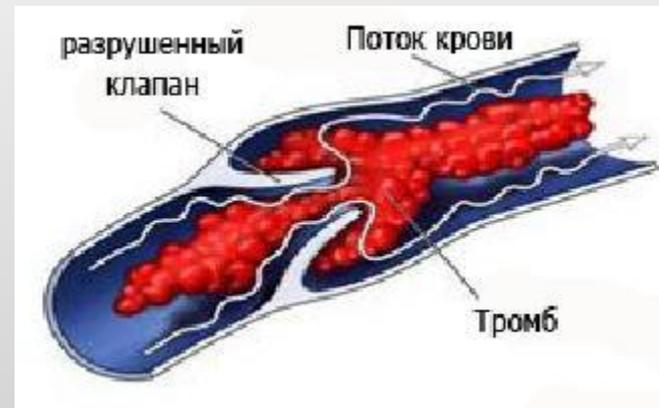
Выполнила Козлова Т.С.  
группа 1608

# Посттромбофлебитический синдром

- — симптомокомплекс, развивающийся вследствие перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
- Он представляет собой типичную разновидность хронической венозной недостаточности, проявляющейся:
  - вторичным варикозным расширением вен
  - стойкими отеками
  - трофическими изменениями кожи и подкожной клетчатки голени.

# Этиология и патогенез

- Основной причиной развития ПТФС является тромб, который образовывается в глубоких венах. Начиная со 2-3 недели образования тромба происходит процесс его рассасывания. В результате его лизиса и воспалительного процесса в сосуде на венозной стенке появляется соединительная ткань. В дальнейшем вена утрачивает клапанный аппарат и становится похожа на склерозированную трубку. Вокруг такого деформированного сосуда формируется фиброз, который сдавливает вену и приводит к повышению внутривенозного давления, рефлюксу крови из глубоких вен в поверхностные и тяжелым нарушениям венозного кровообращения в нижних конечностях. Эти необратимые изменения в 90 % случаев оказывают свое негативное влияние на лимфатическую систему и уже через 3-6 лет приводят к посттромбофлебитическому синдрому.



# Классификация

- Окклюзионная
- Реканализованная
- Смешанная

Примеры диагнозов: ПТФС, реканализованная форма с преимущественным поражением вен голени и коммуникантных вен; реканализованная форма с преимущественным поражением подвздошно-бедренного сегмента; окклюзионная форма с поражением подвздошной вены и т.д.

# Клиника

- Основными симптомами являются **чувство тяжести** и **боль** в пораженной конечности, усиливающаяся при длительном пребывании на ногах. Боль тянущая, тупая, лишь изредка бывает интенсивной, успокаивается в положении больного лежа с приподнятой ногой.
- Нередко больных беспокоят **судороги икроножных мышц** во время длительного стояния и в ночное время. Иногда самостоятельные боли в конечности отсутствуют, но появляются при пальпации икроножных мышц, надавливании на внутренний край подошвы или сдавливании тканей между берцовыми костями.
- **Отеки** обычно возникают к концу дня, после ночного отдыха с возвышенным положением ног они уменьшаются, но полностью не исчезают. При сочетанном поражении подвздошных и бедренных вен отек захватывает всю конечность, при поражении бедренно-подколенного сегмента — только стопу и голень; при вовлечении в патологический процесс берцовых вен — область лодыжек и нижней трети голени.

нормальный  
кровоток



тромб



отек и воспаление  
ниже точки  
закупорки вены



susudinfo.ru

# Клиника

- У 65—70% больных развивается **вторичное варикозное расширение подкожных вен**. Для большинства больных типичным является рассыпной тип расширения боковых ветвей основных венозных стволов на голени и стопе. Сравнительно редко наблюдается расширение основных венозных стволов. Варикозное расширение вен наиболее часто развивается в случае реканализации глубоких вен.
- Трофические расстройства – гиперпигментация, индурация, сочетающаяся с покраснением, болью, повышением местной температуры. Может быть мокнущая экзема. Язвы как правило одиночные.

# Диагностика

На первом этапе необходимо провести дифференциацию первичного варикозного расширения вен, т.е. варикозную болезнь, от вторичного расширения, которое является признаком посттромбофлебитического синдрома. Посттромбофлебитический синдром характеризуется следующими параметрами: указанием в анамнезе, что пациент перенес тромбоз глубоких вен, тип варикозного расширения вен – «рассыпной», крупные стволы в процесс не вовлечены; преобладанием перфорантного рефлюкса; большой выраженностью трофических расстройств; дискомфортом и болью при ношении эластичных бинтов или чулок, предназначенных для сдавливания поверхностных вен

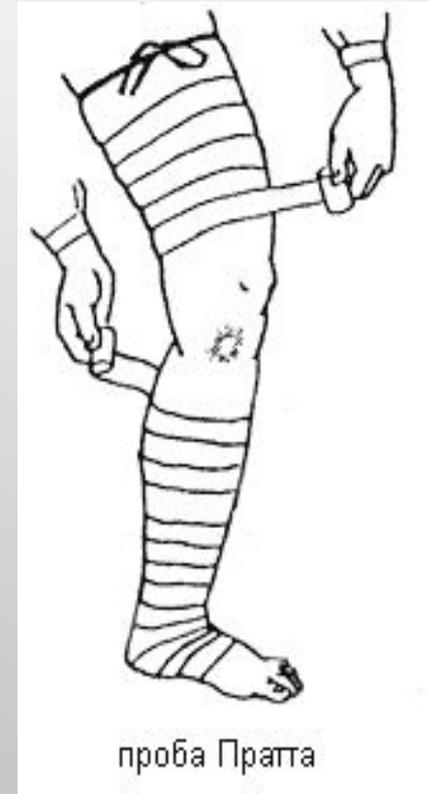


# Диагностика

- Традиционно для того, чтобы оценить уровень проходимости глубоких вен, широко использовались функциональные пробы, такие как проба Пратта – 1 и проба Дельбе-Пертеса.

# Проба Пратта-1

- После измерения окружности голени (уровень следует отметить, чтобы повторное измерение провести на этом же уровне) больного укладывают на спину и поглаживанием по ходу вен опорожняют их от крови. На ногу (начиная снизу) туго накладывают эластичный бинт, чтобы надежно сдавить подкожные вены. Затем больному предлагают походить в течение 10 мин. Появление боли в икроножных мышцах указывает на непроходимость глубоких вен. Увеличение окружности голени после ходьбы при повторном измерении подтверждает это предположение.



# Маршевая проба Дельбе-Пертеса

- Больному в положении стоя, когда максимально наполняются подкожные вены, ниже коленного сустава накладывают жгут, сдавливающий только поверхностные вены. Затем просят больного походить или промаршировать на месте в течение 5-10 мин. Если при этом подкожные вены и варикозные узлы на голени спадаются, значит, глубокие вены проходимы. Если вены после ходьбы не запустевают, напряжение их на ощупь не уменьшается, то результат пробы надо оценивать осторожно, так как он не всегда указывает на непроходимость глубоких вен, а может зависеть от неправильного проведения пробы (сдавление глубоких вен чрезмерно туго наложенным жгутом), от наличия резкого склероза поверхностных вен, препятствующего спадению их стенок. Пробу следует повторить.

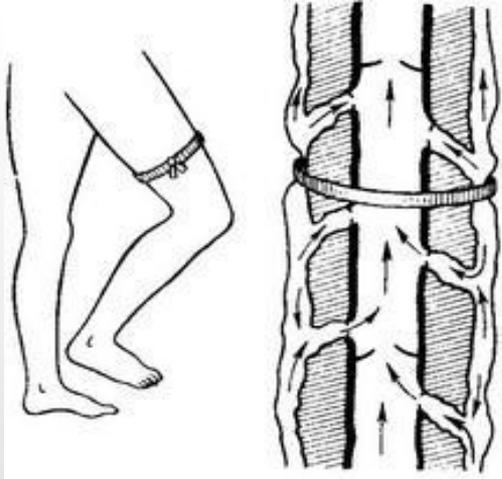


Рис. 1. Проба Пертеса отрицательная. Глубокие вены проходимы.

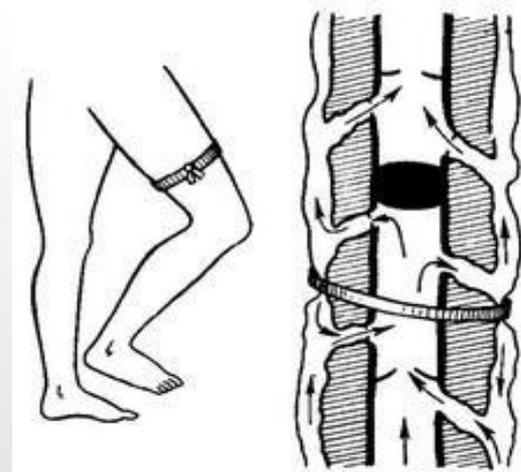


Рис. 6. Проба Пертеса отрицательная, хотя выше проекции жгута глубокие вены непроходимы.

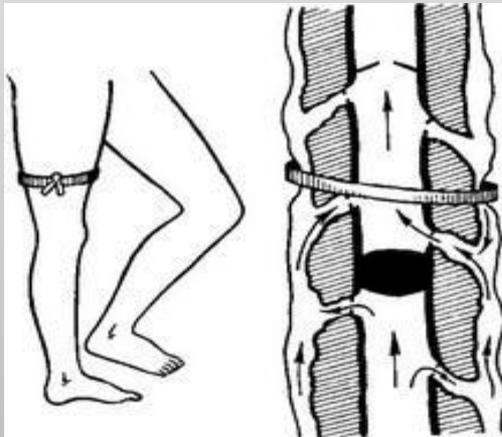


Рис. 7. Проба Пертеса отрицательная, несмотря на непроходимость глубоких вен ниже жгута.

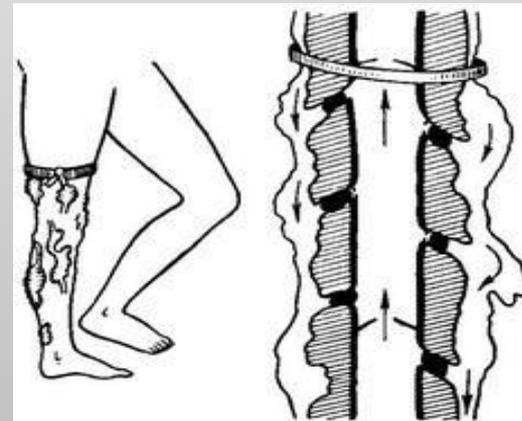


Рис. 8. Проба Пертеса положительная, несмотря на проходимость глубоких вен.

# Диагностика

- Наиболее успешная диагностика тромбоза глубоких вен, а также посттромботических изменений, которые следуют за ним, может быть произведена с помощью ультразвукового ангиосканирования с цветным картированием кровотока (УЗАС, триплексного ангиосканирования).

- С помощью данного метода можно дать оценить как изменения, происходящие в структуре вены: ее проходимость, а также наличие в вене тромботических масс, так и изменения, касающиеся ее функционального состояния: скорость движения крови, состояние клапанов, наличие патологии в токах крови.



- При ультразвуковом сканировании ПТФБ различаются признаки тромботического процесса, который сопровождается явления реканализации, при котором в просвете вены, имеющей признаки восстановления кровотока, находятся тромботические массы, плотность которой зависит от давности тромбоза, или облитерации, при которой просвет вены и кровоток по ней отсутствует, а венозные стенки и паравазальные ткани уплотнены.
- Кроме того, выявляется, есть ли клапанная недостаточность глубоких вен, которая выражается в патологическом рефлюксе крови в венах, расположенных в области бедра, на той высоте, где делаются пробы Вальсальвы, а также в венах, расположенных на голени во время проведения рукой или манжетой тонометра проксимальной компрессии. Помимо всего перечисленного с помощью ультразвукового сканирования проводится диагностика перфорантных вен на предмет несостоятельности их клапанов, а также степень расширения подкожных вен.

# Лечение

Посттромбофлебитический синдром лечится преимущественно консервативными методами, с использованием традиционных мероприятий:

- эластической компрессии
- коррекции образа жизни
- лечебной физкультуры и гимнастики
- физиотерапевтических мероприятий
- фармакотерапию, с помощью которой купируются явления хронической венозной недостаточности, а также предотвращается повторение тромбоза;
- местного лечения трофических расстройств.

# Предотвращение рецидива тромбоза глубоких вен

- Пациенты, которые переболели тромбозом глубоких вен, назначается антикоагулянтная терапия прямыми антикоагулянтами: гепарином, фраксипарином и фондапаринуксом, а также непрямыми антикоагулянтами: варфарином.



- В целях профилактики ТГВ при использовании антикоагулянтной терапии руководствуются принятым стандартом – каждому пациенту индивидуально подбирается дозировка варфарина, с помощью которого целевые значения МНО должны стать равными 2,5 – 3,0.
- Беременным и онкологическим больным помимо этого можно назначать прием прямых фракционированных антикоагулянтов, например, фраксипарина, клесана. Если пациенту прием антикоагулянтов противопоказан, например, в анамнезе отмечены геморрагические состояния, геморрагический инсульт, а также желудочно-кишечное кровотечение, то ему назначают дезагреганты, в частности гепариноиды – сулодексид.

# Медикаментозная терапия

- Для лечения хронической венозной недостаточности используется медикаментозная терапия, включающая препараты, способствующие улучшению микроциркуляции и реологии крови, а также лимфодренажной функции, увеличению венозного тонуса, а также защищающие венозную стенку от повреждений и не позволяющие активированным лейкоцитам выходить в окружающие ткани.

# Медикаментозная терапия



- Чаще всего лечение основывается на использовании поливалентных флеботоников, из которых наиболее эффективный результат достигается путем приема микронизированной очищенной фракции диосмина (детралекса). Данный препарат снимает отеки, устраняет тяжесть в ногах и судороги икроножных мышц, а также борется с трофическими расстройствами. Положительный результат дает и прием противовоспалительных препаратов в топических формах, например, в виде мазей и гелей, дезагрегантов, а также проведение курсов инфузионно-реологической терапии.
- Отечественные врачи-флебологи разработали схему лечения, состоящая из нескольких этапов.

- 1 этап. Длительность – 7-10 дней. Назначение: реополиглюкин, пентоксифиллин, антиоксиданты (например, аскорбиновая кислота, витамин В6, токоферол), нестероидные противовоспалительные средства.
- 2 этап. Длительность – 2-4 недели. Закрепление эффекта, полученного на 1 этапе. Назначение: препараты для улучшения тонуса вен, микроциркуляции и лимфодренажной функции, например, поливалентные флеботоники (например, детралекс и др.) и репаратанты (например, актовегин, солкосерил).
- 3 этап. Длительность – не менее 1,5 мес. Назначение: поливалентные флеботоники и препараты, оказывающие местное воздействие, такие как мази и гели.
- Лечение курсами по 2-2,5 мес через определенный период времени.

# Хирургическое лечение

- Коррекция мышечно-венозной помпы: операция Линтона (субфасциальная перевязка перфорантных вен) и Коккета (эпифасциальная перевязка перфорантных вен)
- Операции на подкожных венах: кроссэктомия, флебэктомия (короткий и длинный стриппинг).
- Реконструктивные вмешательства: трансплантация ауто- или алло- вены с клапанами; транспозиция пораженной вены; создание искусственного клапана; шунтирующие операции.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**