

Оглавление

Сокращения	5
Предисловие	6
Введение	9
Глава 1. Классификация заболеваний вен	11
Глава 2. Семиотика и методы обследования пациентов с заболеваниями венозной системы	36
1. Симптомология или семиотика заболеваний вен	42
2. Функциональные пробы.....	67
3. Инструментальные методы исследования	71
3.1. Ультразвуковое ангиосканирование	71
3.2. Восходящая флебография	104
3.3. Нисходящая флебография.....	105
3.4. Варикография	107
3.5. Термография	107
3.6. КТ-флебография.....	108
3.7. Магнитно-резонансная флебография.....	110
3.8. Внутривенное ультразвуковое исследование.....	117
3.9. Венозное давление	119
3.10. Волюметрия	123
3.11. Плетизмография	123
3.12. Диафаноскопия (трансиллюминация).....	126
3.13. Инфракрасная цифровая визуализация вен	127

4. Лабораторные исследования.....	128
4.1. Лабораторные маркеры острого тромботического процесса	129
4.2. Генетические маркеры тромбофилий.....	131
Глава 3. Методологические основы постановки диагноза	144
1. Установление синдромального диагноза	144
1.1. Синдром рефлюксов в поверхностной венозной сети	144
1.2. Синдром хронического нарушения оттока по глубоким венам	146
1.3. Синдром острого нарушения оттока по глубоким венам.....	149
1.4. Синдром воспаления в поверхностных венах.....	151
2. Установление нозологического диагноза	153
3. Алгоритм диагностического поиска	163
4. Принципы формулировки диагноза в медицинской документации	169
5. Примеры формулировки диагноза в медицинской документации	170
Заключение	184
Словарь.....	189
Вопросы для контроля.....	192
Литература	195

Глава 2

Семиотика и методы обследования пациентов с заболеваниями венозной системы

При обследовании пациента флебологического профиля не следует забывать, что больной — не «ходячая» большая подкожная вена. И раз уж этот человек попал на прием, наша обязанность провести опрос и физикальный осмотр по системам, как это положено по канонам пропедевтики. Тогда мы ничего не пропустим ни «своего» флебологического, ни «чужого», быть может, более опасного заболевания. В качестве примера хочется привести случай, недавно имевший место в нашей клинике. К нам обратилась пациентка 47 лет, со стандартным варикозным расширением вен левой нижней конечности и рефлюксом по большой подкожной вене. Сбор жалоб по системам выявил у пациентки регулярные запоры и частое мочеиспускание. При расспросе из перенесенных болезней она отметила миому матки, которую ей около 5 лет назад предлагали прооперировать, но она на тот момент побоялась. При пальпации живота было выявлено большое и несмещаемое образование, исходящее из малого таза. Пациентка тут же была направлена к профильному специалисту, который заподозрил перерождение миомы в саркому. Что и подтвердилось на операции. Женщина прошла длительный путь лечения, но осталась жива. Если бы мы при первичном приеме отошли бы от своего правила использовать схему расспроса и осмотра по системам (в том числе не пропальпировали бы живот, а

только бы посмотрели беспокоившие ее ноги), все бы закончилось выполнением лазерной облитерации БПВ и, через какое-то время пациентка неминуемо бы погибла от онкологического заболевания. Вопрос, который не дает нам до сих пор покоя: не было бы потом пациенткой или ее родственниками «задним умом» сделано заключение, что это именно лазерное излучение во время ЭВЛО спровоцировало перерождение миомы матки в саркому?

Существуют два принципа, которыми нужно всегда руководствоваться при обследовании пациента.

1. Принцип «от общего к частному». Имеет сходство с дедуктивным методом Шерлока Холмса (сэр Артур Конан Дойль, написавший цикл рассказов о приключениях Шерлока Холмса и доктора Ватсона был, между прочим, врачом и списал образ великого сыщика с одного своего коллеги, который изумлял всех умением ставить диагноз, называя свой метод — дедуктивным). К общему относят внешний вид пациента, его позы, манеру предъявлять жалобы и т. п. К частному следует отнести осмотр по системам с дальнейшим «углублением» в одну из систем.

2. Принцип «от простого к сложному». Суть этого такова: при обследовании той или иной системы мы вначале применяем более простые методы и, лишь не получив для себя ответа, начинаем использовать все более и более сложные. Например, представим, что к нам обратилась пациентка 27 лет от роду, дважды рожавшая, с жалобами на наличие варикозного узла в области правой голени. Если мы с помощью физикальных методов совершенно однозначно и убедительно находим рефлюкс в большой подкожной вене, ультразвуковое исследование можно и не проводить, ибо оно только подтвердит то, что мы уже и так обнаружили совершенно точно (не хочется сейчас вступать в диспут относительно национальных стандартов и экспертиз от страховых компаний). В случае, если у нас остаются сомнения в наличии или отсутствии рефлюксов, мы применим УЗИ, чтобы эти сомнения снять. Если по данным УЗИ мы получим выраженную дилатацию

глубоких вен или иную информацию, наводящую на мысль об ангиодисплазии, мы применим следующий, еще более сложный метод, например, флебографию в том или ином варианте.

Методы обследования пациента традиционно разделяются на две большие группы: субъективные и объективные. При субъективных методах обследования всю необходимую информацию врач получает непосредственно от самого больного или его родственников, знакомых и т. п. путем расспроса, анкетирования и иных способов получения такого рода информации. Объективные методы включают в себя физикальные (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), лабораторные и инструментальные.

Расспрос, правильный сбор жалоб и анамнеза позволяет у большинства больных определиться с наиболее вероятным диагнозом. Но и здесь есть свои нюансы. Работа врача такова, что пациенты, как правило, приходят к нам чтобы услышать плохие новости о своем здоровье. Поэтому большинство из них перед приемом ощущает внутреннее напряжение, хотя внешне это не всегда заметно. Чтобы это не мешало пациенту рассказывать и вспоминать, нужно чтобы он проникся к врачу доверием и расслабился. Для создания доверительного отношения следует с самого начала выстроить правильную линию общения с ним. Краеугольный камень этого — произвести первое хорошее впечатление. Не стоит забывать, что знакомство с больным нужно начинать, руководствуясь правилами приличия. Когда человек заходит в кабинет, ему нужно улыбнуться. Далее, правила хорошего тона обязывают посмотреть на первый лист амбулаторной карты и поздороваться, назвав пациента по имени — отчеству. Для того, чтобы снять нервное напряжение, которое всегда возникает в начале разговора между незнакомыми людьми, сразу после знакомства мы стараемся обменяться с пациентами малозначащими фразами — о погоде, например. Погода — вечная тема для начала разговора и дает практически неисчерпаемую возможность настроиться на «одну волну» с пациентом. Обычно достаточно

более чем 1 минуты, чтобы наладить таким образом контакт с больным. Дальше мы всегда даем пациенту около 3–5 минут, чтобы дать ему «выговориться». И не имеет значения, о чем он говорит вообще. Это дает возможность пациенту не только окончательно расслабиться, но и понять, что его слушают. Сразу после этого мы начинаем интересоваться его главными жалобами, которое привело человека к нам, а также проводим беглый опрос жалоб по системам: сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, мочевыделительная, система крови, костно-мышечная, эндокринная и нервная. Опрос жалоб плавно перетекает в сбор анамнеза. Мы узнаем, чем человек болел ранее и, конечно же, уточняем по каждой системе отдельно. Например: «Иван Иванович, а как у Вас дела обстоят с сердцем? А с почками? Не было проблем? А с суставами?» И т. д. После этого — переходим к изучению анамнеза жизни. Учитывая, что нам отведено ограниченное время на прием, мы не имеем возможности сильно его расходовать. Поэтому из анамнеза жизни нам важно уточнить некоторые вещи, которые имеют прямое отношение к заболеваниям венозной системы. Первый вопрос, который мы задаем: «Какие серьезные заболевания у Вас есть или были? Сосудистые? Травмы и операции? Принимаете ли антикоагулянты?» Это, кстати, наиважнейший вопрос, который «вшит» у нас в электронную историю болезни. После этого даем пациенту рассказать об этом. Для женщины мы особо уточняем: количество беременностей и родов, прием гормональных препаратов, выкидыши. Для обоих полов: были ли тромбозы глубоких вен, тромбоэмболии, онкологические заболевания, кровохаркание. Иногда, если есть необходимость, следует уточнить о приеме внутривенных наркотиков. Часто больные внутривенной наркоманией имеют хроническую венозную недостаточность нижних конечностей, обусловленную прямым повреждением венозной стенки наркотиками (особенно быстро эти изменения развиваются при использовании дезоморфина — так называемого «крокодила»). Заканчиваем сбор анамнеза фразой: что еще можете добавить к тому, что рассказали?

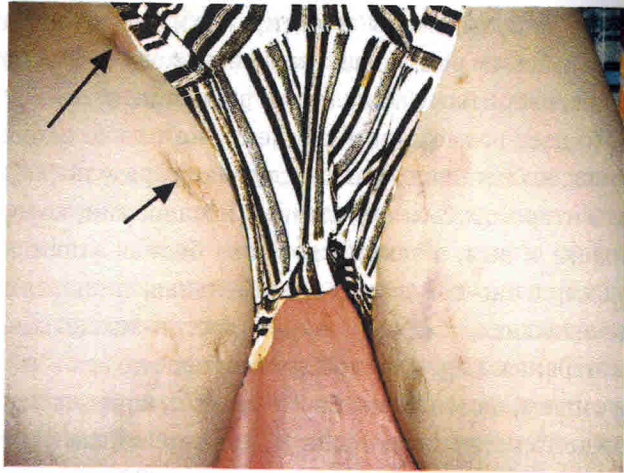


Рис. 9. Паховая область внутривенного наркомана.
«Колодцы» в местах постоянных инъекций



Рис. 10. Ортопедические проблемы у флебологических пациентов — деформация стоп (Hallux valgus)

Как правило, одновременно со сбором анамнеза, мы начинаем проводить физикальное исследование. Это весьма экономит время и позволяет отвлекать пациента во время осмотра, что иногда бывает важно. Физикальное обследование включает общий осмотр, осмотр по системам и углубленный осмотр венозной системы.

Общий осмотр: сознание, положение, упитанность, цвет кожных покровов. Сердечно-сосудистая система: отеки (более характерны отеки, нарастающие после приема жидкости, одинаковые на обеих нижних конечностях), цианоз или акроцианоз (более характерен для начальных стадий сердечной недостаточности), пульс (частота, ритмичность, одинаковость в симметричных



Рис. 11. Осмотр пациентки флебологического профиля

местах, ослабление вплоть до исчезновения). Дыхательная система: форма грудной клетки, частота дыхания (наличие одышки). Пищеварительная система: язык (влажный — сухой, обложен — не обложен), обычно мы выполняем осмотр передней стенки живота и его пальпацию. При наличии жалоб необходимо выполнить ректальное исследование. Мочевыделительная система: похлопывание в проекции почек вызывает боль при некоторых заболеваниях, например, при мочекаменной болезни. Система крови: нет ли синячковости, петехий, бледности кожи и слизистых оболочек. Костно-мышечная система: контуры суставов, подвижность, наличие или отсутствие плоскостопия или иной деформации стоп (один из наиболее частых источников болей в нижних конечностях).

Эндокринная система: учитывая, что последняя принимает участие в слаженной работе всех органов и систем организма, в том числе и венозной системы, ей следует уделять особое внимание.

1. Симптомология или семиотика заболеваний вен

Осмотр нижних конечностей всегда проводим в положении стоя (рис. 11). Для этого удобно использовать различные приспособления в виде ступеней и т. п. Как уже отмечалось, симптомы заболеваний венозной системы большей частью неспецифические, т. е. они встречаются и при заболеваниях иных систем. Симптомы принято разделять на субъективные и объективные. Последние делятся на физикальные (полученные при осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации), лабораторные и инструментальные. Субъективные симптомы, как правило, неспецифические, однако бывают и очень специфические, почти патогномичные, например, **варикозно расширенные вены** при варикозной болезни. Эти вены имеют извитое, выступающее над кожей строение. Их название «вариксы» или узлы, говорит само за себя.

Следующий симптом, на который обращает внимание пациент — это **боль по ходу вен** или непосредственно в самой вене. Боль может быть разной интенсивности, от тянущих ощущений при начальных формах варикозного расширения вен (вены «болят» при начальных формах, когда еще в них сохраняется структура стенки. Последняя растягивается и ей становится «больно»). В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания венозная стенка все больше и больше замещается соединительной тканью, болезненные рецепторы, вероятно, также замещаются этой тканью, и вена «болеть» перестает). Теперь боль в вене может возникнуть позже, уже при развитии осложнений в виде варикотромбофлебита. Тогда в воспалительный процесс вовлекаются окружающие вену структуры, в том числе и кожа. В этом случае боль начинает носить постоянный, острый, распирающий характер.

Тяжесть в ногах. Пока человек живой, он ощущает свое тело, и эти ощущения не всегда бывают приятными (или нейтральными). В возникновении этих ощущений принимает участие множество факторов и систем — от мышечных рецепторов до нейронно-ассоциативных зон коры головного мозга, которые, собственно, и формируют эти ощущения для нашего сознания. Следует отдавать себе отчет, что у любого здорового человека существует некий постоянный фон из ощущений в ногах, который в норме может иметь разную интенсивность. Эта интенсивность зависит от множества факторов, в том числе и случайных, начиная с тесной обуви и числа шагов, пройденных человеком за день, до погоды и настроения. Сила этих ощущений зависит от возраста: чем старше человек, тем громче для него звучит оркестр из этих фоновых ощущений. Не существует четкой границы между характером и интенсивностью фоновых ощущений в норме и при патологии. Это рождает разные спекуляции, например, гипердиагностику или установку так называемого «коммерческого диагноза». В итоге, когда здоровый человек обращается на прием к врачу со своими нормальными фоновыми ощущениями, на выходе он практически всегда получает диагноз. Последний может

Глава 3

Методологические основы постановки диагноза

1. Установление синдромального диагноза

Как сказал классик: «Простые люди болеют простыми болезнями». Всего существует четыре основных синдрома, с которыми чаще всего приходится сталкиваться флебологу:

- а) синдром рефлюксов в поверхностной венозной сети;
- б) синдром хронического нарушения оттока по глубоким венам;
- в) синдром острого нарушения оттока по глубоким венам;
- г) синдром воспаления поверхностных вен.

1.1. Синдром рефлюксов в поверхностной венозной сети

Не вызывает сомнений, что перед нами самый частый синдром поражения периферических вен у людей. Само название этого синдрома говорит о том, что ведущим его проявлением, т. е. тем, что обуславливает тяжесть клинической картины является рефлюкс в поверхностных венах. Этот синдром можно встретить практически при всех нозологических формах венозной патологии, хотя, понятное дело, ведущим он является при варикозной болезни вен нижних конечностей.

На рис. 75 представлены нижние конечности пациентки М., 23 лет, у которой имеется одна единственная жалоба эстетического характера на наличие расширенных вен. Из перечисленных на рисунке симптомов она имеет варикозно расширенные вены и ультразвуковой симптом рефлюкса в БПВ и ее притоку.

Симптомы:

варикозно расширенные вены
отек
тяжесть
судороги
боль по ходу вен
флебэктатический венец
гиперпигментации
трофические язвы
симптом Тренделенбурга
симптом Бауэра
симптом Крювелье
симптом Гаккенбруха-Сикара
симптом Каццды
рефлюкс по БПВ/МПВ по данным УЗАС
и другие



Рис. 75. Симптомы, образующие синдром рефлюксов в поверхностной венозной сети

Патологические рефлюксы в поверхностных венах возникают при накоплении избыточного объема крови в конечности. Вероятно, причиной тому является образ жизни «цивилизованного» человека, так как у «диких» племен, с аналогичной генетикой, но ведущих образ жизни охотников и собирателей, этот синдром встречается весьма редко. На первых порах мышечный слой венозной стенки гипертрофируется, пытаясь сдерживать патологический объем. В результате в начальной стадии варикозного расширения вен самого расширения мы можем еще и не увидеть, но уже появляются жалобы от пациента на боли вдоль этих вен. Рефлюкс в поверхностных венах приводит к появлению такого симптома, как тяжесть в пораженной конечности. Причем этот симптом может быть напрямую связан с объемом балластной крови, которая к концу дня всегда скапливается в конечности за счет рефлюкса. Постепенно мышечный слой венозной стенки атрофируется, замещаясь соединительной тканью и все неприятные ощущения в венах и вдоль них исчезают. Далее человек может

прожить десятилетия с «гроздьями» варикозных узлов и не обращаться за медицинской помощью, особенно если это не задает его эстетические чувства. Медленно, но уверенно нарушение венозного оттока от состояния компенсации продвигается к своей логической развязке — декомпенсации. Как один из первых предвестников такого перехода появляется такой симптом, как отечность больной конечности к вечеру, исчезающая после ночного отдыха. Далее, по мере прогрессирования синдрома, объем рефлюкса нарастает, что приводит к застою крови в определенных локализациях. Это появляется в виде такого яркого симптома, как «флебэктатический венец», расширения мелких внутрикожных вен у лодыжки. Если человек не лечится, постепенно в области медиальной лодыжки образуется гиперпигментация. У некоторых людей по не до конца понятным причинам вместе с гиперпигментацией (а то и вместо нее) развивается венозная экзема. Постепенно там же появляется белая атрофия кожи и, через некоторое время, открывается язва.

1.2. Синдром хронического нарушения оттока по глубоким венам

Точная распространенность этого синдрома среди взрослых людей неизвестна. Связано это с тем, что весьма часто синдром возникает за счет внешней компрессии магистральных вен забрюшинного пространства, что пока еще редко правильно диагностируется. Этот синдром возникает при длительной обструкции глубокого венозного русла в сочетании с рефлюксами в глубоких венах (или без оных). Обструкция может быть внутри самой вены (за счет организованных тромбов, спаек и т. п.) так и за счет внешнего сдавления. Наиболее типичный вариант последнего — сдавление левой общей подвздошной вены между правой подвздошной артерией и телом V поясничного позвонка. Реже встречается сдавление правой общей подвздошной вены между правой общей подвздошной артерией и подвздошно-поясничной мышцей. Патогенетически синдром объединяет в себе симптомы, которые развиваются при длительном повышенном сопротивле-

нию оттоку крови из конечности. Хроническое повышенное сопротивление оттоку крови из конечностей приводит к развитию местной динамической венозной гипертензии, снижению венозной емкости и скорости опорожнения вен. Снижается «коэффициент полезного действия» мышечно-венозной помпы. Возникает ситуация, когда кровь притекает в конечность так же хорошо, как и ранее, а вот для оттока организму нужно включать дополнительные механизмы. Особенно значимо это становится при физической нагрузке, когда мышечный кровоток в конечности увеличивается до 10 раз.

Одним из ярких симптомов, демонстрирующих компенсаторные механизмы, является появление расширенных вен, обеспечивающих коллатеральный отток. Расширенные вены появляются спустя время, после эпизода тромбоза и локализуются, как правило, в достаточно определенных анатомических локализациях, например, над лобком. Второй, почти патогномичный симптом — увеличение в объеме голени на пораженной стороне. При этом, нетрудно заметить, что увеличение в объеме происходит не столько за счет отека, сколько за счет гипертрофии мышц голени. Ситуация чем-то напоминает гипертрофию миокарда при стенозе/недостаточности одного из клапанов и носит, несомненно, компенсаторный характер.

Циркуляцию крови можно представить в виде единой «струи», движение которой приводится сердцем на артериальном конце и дополнительными механизмами на венозном. При этом возникновение препятствия оттоку крови в проксимальном отделе мгновенно ощущается в виде повышения сопротивления оттоку — в дистальном. Возникает нарушение разгрузки дистального русла и расстройства микроциркуляции. Микроциркуляторные расстройства, поначалу носящие компенсаторный и функциональный характер, поэтапно переходят в органические, участвуя в декомпенсации оттока крови из нижних конечностей. Агрессивному течению болезни и быстрому прогрессированию симптомов способствуют повышение активности лейкоцитов, миграция плазменных протеинов и аутоиммунные процессы. Воз-

никает ключевое проявление этого синдрома — отек. При этом отек достаточно плотный, он может захватывать мышечную часть голени, но никогда — стопы и пальцы. Часто больные жалуются на ночные судороги в мышцах голени, хотя необходимо признать, что симптом этот весьма неспецифичный. Этот процесс быстро приводит к гиперпигментациям, липодермосклерозу мягких тканей голени и последующему язвообразованию. При хроническом нарушении оттока гиперпигментации могут занимать большие площади, при этом они также никогда не распространяются на стопу и пальцы. Венозные трофические язвы при этом синдроме резистентны к лечению и имеют склонность к рецидивированию, несмотря на проводимые хирургические вмешательства. Ультразвуковое исследование вен ниже пупартовой связки часто не позволяет выявить никаких дополнительных симптомов, кроме повышения сопротивления максимальному оттоку. Только при современных методах визуализации можно выявить обструкцию проксимального венозного русла.

Симптомы:

- отек
- тяжесть
- судороги
- флебэкстатический венец
- гиперпигментации
- венозная экзема
- трофические язвы
- положительная проба на сопротивление
- максимальному венозному оттоку по данным УЗАС
- окклюзия глубоких вен по данным УЗАС
- внешняя компрессия вены на МР-флебографии и другие



Рис. 76. Симптомы, образующие синдром хронического нарушения оттока по глубоким венам

На рис. 76 представлена правая нижняя конечность пациентки Г., 65 лет, у которой имеются практически все перечисленные на рисунке симптомы.

1.3. Синдром острого нарушения оттока по глубоким венам

Этот синдром патогенетически объединяет собой симптомы, которые развиваются при внезапно возникшем высоком сопротивлении оттоку крови из конечности. В большинстве случаев затруднение оттоку крови вызывает острый тромбоз. Частота этого острого заболевания во взрослой популяции сравнима с заболеваемостью острым аппендицитом — 1 на 1000 населения в год. Иногда острое нарушение венозного оттока может произойти на фоне внешнего сдавления, или при комбинации факторов, к примеру, при раке, когда он прорастает в вену. К счастью, последние ситуации достаточно редки. Возникает данный синдром, как видно из его названия, — внезапно. Часто при сборе анамнеза мы находим у пациента те или иные провоцирующие факторы, которые способствовали возникновению острого тромбоза: онкологическое заболевание, перенесенную операцию или травму и т. п. Как правило, синдром развивается в результате тромбоза крупных магистральных вен — подвздошных, подключичных и др.

На рис. 77 изображена правая верхняя конечность пациента, который будучи в состоянии алкогольного опьянения, уснул в крайне неудобной позе, подогнув руку под себя. В результате синдром позиционного сдавления у него не успел развиваться, патологический процесс ограничился тромбозом подключичной, подмышечной и плечевой вен.

Патогенез тромбоза достаточно хорошо изучен. Глобально он складывается из компонентов триады Вирхова: венозный стаз, повреждение интимы и изменение химизма крови.

При внезапно возникшем затруднении оттока крови по крупным венозным магистральям возникает весьма характерная патофизиологическая ситуация: по закону неразрывности струи происходит стаз крови вдоль всей условной «струи» от тромбиро-

Симптомы:

отек
синюшность кожи
положительная проба на сопротивление
максимальному венозному оттоку по
данным УЗАС
окклюзия плечевой и подмышечной вен
по данным УЗАС
окклюзия подключичной и правой
плечеголовной вен по КТ-флебографии
высокий уровень D-димера
и другие



Рис. 77. Симптомы, образующие синдром острого нарушения оттока по венам бассейна верхней полой вены (правая подключичная вена)

ванного ствола далее по ветвям венозного «древа» до микроциркуляторной сети. В венозной части капилляра сосочкового слоя дермы накапливается карбгемоглобин, в результате чего конечность приобретает слегка синюшный оттенок. Учитывая, что артериальный приток в конечность сохранен, а венозный — резко нарушен, очень быстро развивается отек конечности. Пациент при этом может ощущать боли распирающего характера. Отек еще более нарушает микроциркуляцию, в самом тяжелом случае может привести к отслойке эпидермиса с образованием пузырей (так называемая синяя флегмазия). У пациента обнаруживаются патологические симптомы — Хоманса, Мозеса и др. Несомненно, объективно подтвердить наличие острого нарушения оттока крови ниже пупартовой связки может ультразвуковое ангиосканирование, выше — компьютерная или магнитно-резонансная флебография. Особенно важно выполнять эти исследования у больных с онкологическими заболеваниями, у которых как внешнее сдавление, так и тромбоз может первично случиться с венами таза.

Симптомы:

отек
тяжесть
судороги
боль в мышцах голени
синюшность кожи
симптом Хоманса
симптом Мозеса
окклюзирующий тромб в бедренной вене
по данным УЗАС
окклюзирующий тромб в наружной
подвздошной вене по данным МР-флебографии
высокий уровень D-димера
и другие



Рис. 78. Симптомы, образующие синдром острого нарушения оттока по глубоким венам бассейна нижней полой вены (левая общая подвздошная вена)

1.4. Синдром воспаления в поверхностных венах

Этот синдром патогенетически объединяет собой симптомы, которые развиваются при развитии воспаления венозной стенки вместе с содержащимся в ней тромбом в реактогенной подкожной жировой клетчатке. Чаще всего поражаются варикозно измененные вены, так как в них почти всегда имеются все три компонента триады Вирхова. Частота развития воспаления в варикозно расширенных венах достигает 30 % [26]. Существуют факторы, провоцирующие развитие воспаления в поверхностных венах, такие как: ожирение, возраст, длительная иммобилизация, беременность, прием оральных контрацептивов, онкологические заболевания. Часто воспаления в венах возникают после перегрева, в частности, при посещении бань и саун. Если воспаление варикозно измененных вен можно считать вполне ожидаемым осложнением варикозной болезни, то воспаление здоровых вен чаще возникает на фоне приобретенного или врожденного тромбофилического

состояния. Воспаление вен, связанное с наличием у пациента злокачественного процесса, описал еще в 1865 году А. Труссо. Учитывая всеобщую онкологическую настороженность, следует всегда об этом помнить и целенаправленно искать онкологический процесс у пациентов с тромбофлебитом не варикозных вен.

Клиническая картина при этом синдроме складывается, несомненно, из всех классических признаков воспаления, описанных римским философом и врачом Авлом Корнелием Цельсом: *rubor* — покраснение, *tumor* — отек, *calor* — повышение местной температуры, *dolor* — боль. Спустя примерно 100 лет римский же врач Клавдий Гален добавил к ним *functio laesa* — нарушение функции. На рис. 79 изображены нижние конечности пациента, у которого развился тромбофлебит поверхностной добавочной большой подкожной вены. Фотография смогла передать почти все эти признаки воспаления (кроме нарушения функции). При ультразвуковом исследовании выявляется тромб в воспаленной вене и гиперэхогенное уплотнение вокруг вены.

Симптомы:

покраснение кожи над венами
кожные покровы над венами горячие
на ощупь
боль в этих венах
отек
затруднение ходьбы из-за болей
варикозно расширенные вены
тяжесть
тромб в поверхностных венах по данным ультразвукового исследования
высокий уровень Д-димера
воспалительная реакция в периферической крови
и другие



Рис. 79. Симптомы, образующие синдром острого воспаления в поверхностных венах

2. Установление нозологического диагноза

Болезни (нозологии) разделяются на основании общности этиологии, патогенеза и единообразия клинической картины (симптомы, тип течения, исход). У каждой нозологии есть ведущий синдром — это именно тот синдром, который обуславливает основные клинические проявления этого заболевания. Например, диарея при холере и дизентерии.

Нозологических единиц, с которыми приходится иметь дело флебологу, не так уж много (наверное, в этом и состоит прелесть данной профессии).

Варикозная болезнь нижних конечностей. Ведущий синдром при этом заболевании — несомненно, синдром рефлюксов в поверхностной венозной сети. Вначале, когда рефлюкс только появляется и носит транзиторный характер, по ходу вен, которые вот-вот готовы стать варикозными, возникают болевые ощущения. Через короткий или длинный промежуток времени эта боль исчезает. Такого почти не бывает, при иных заболеваниях, которые сопровождают варикозно расширенные вены. При посттромботической болезни вначале появляется более или менее выраженный отек, а варикозно расширенные вены, у большинства пациентов появляются примерно в одинаковые сроки с гиперпигментациями. При ангиодисплазиях варикозно расширенные вены в большем или меньшем числе имеются с младенчества.

Внешне варикозно расширенные вены при варикозной болезни отличаются от таковых при иных заболеваниях. Так при варикозной болезни расширение вен практически всегда возникает в типичных для этого локализациях — в бассейне большой или малой подкожных вен. При ангиодисплазиях варикозно расширенные вены бывают достаточно беспорядочно и в большом количестве разбросаны по нижней конечности, концентрируясь больше к латеральной поверхности. Отек варикозная болезнь вызывает незначительный, в области лодыжек. Никогда он не бывает «лоснящимся» и захватывающим мышечную часть голе-