

ным высвобождением опухолевыми клетками тромбопластина или активацией фактора XIII; нефротический синдром (ведет к повышенной агрегации тромбоцитов вследствие гипоальбуминемии).

Тактически важно диагностировать **предтромбозное состояние** как нереализованное проявление гиперкоагуляции и повышенной склонности к тромбообразованию. Два пути определения у конкретного пациента: лабораторный и путем выявления факторов риска. Наиболее информативные тесты: толерантность плазмы к гепарину, фибриноген, фибринолитическая активность крови. Имеет значение повышение первых двух показателей и снижение последнего. Кроме того, следует ориентироваться на время свертывания крови или АЧТВ.

Предрасполагающими факторами могут являться: иммобилизация и бездействие мышц, прежде всего, ног; хроническая венозная недостаточность (снижение тонуса и эктазии вен, замедление кровотока, рефлюксы крови, депонирование значительных количеств крови); сердечная недостаточность (застойные явления в венозной системе); нейрососудистый компрессионный синдром выхода из грудной клетки (сдавление и травматизация вен между ключицей и I ребром); травматизация ног (закрытое повреждение венозных сосудов, при этом наиболее ранима интима); беременность (гормональное разрыхление соединительной ткани, сдавление подвздошных вен, астенция); гиперкоагуляция (злокачественные опухоли, прием эстрогенов, противозачаточных); инфекция, в том числе септическая (повреждение интимы, гиперкоагуляция, ослабление соединительной ткани); ятрогенные повреждения (химическая, осмотическая, операционная травма).

По распространению процесса выделяют: восходящий (тромб зарождается в венах голени) и нисходящий процесс (тромб зарождается в тазовых венах).

По связи со стенкой возможны: окклюзирующий тромб (кровоток полностью прекращается), пристеночный тромб, флотирующий тромб (фиксирован в дистальной части) и смешанный. Последний встречается чаще.

Крайне опасная для жизни и трудно клинически выявляемая ситуация возникает при флотирующем тромбе. Последним называется тромб, фиксированный к стенке вены лишь в одной точке, как правило, у основания. При этом головка его свободно плавает (флотирует) в просвете сосуда, не вызывая полной блокады кровотока. В момент физических напряжений возможен его отрыв и миграция в легочную артерию или отдельные ее ветви, нередко приводя к выключению значительных объемов легочной ткани, острой перегрузке сердца, шоку и смерти. В случае эмболии небольшими по размеру тромбами развивается некроз отдельных участков легкого и инфаркт-пневмония.

По локализации венозные тромбы могут располагаться в:

1) системе верхней полой вены: верхняя полая вена, подключичная вена (синдром Педжет-Шреттера).

2) системе нижней полой вены: мышцы голени, берцово-подколенный сегмент, подвздошно-бедренный сегмент, нижняя полая вена (подпочечный, почечный, печеночный – синдром Бадд-Хиари), сочетания.

При окклюзирующем варианте венозного тромбоза в течение несколько часов у больного появляются распирающие ногу боли, отеки, цианоз соответ-