

зином усиливает лечебный эффект. Оптимально соотношение 10 тыс. ЕД гепарина и 20 тыс. ЕД фибринолизина. Препараты вводятся внутривенно капельно на изотоническом растворе с 400 мл реополиглокина. Далее в соответствии с методикой дробного введения гепарин назначается внутримышечно под контролем времени свертывания крови. Считается, что хорошим терапевтическим эффектом является удлинение времени свертывания крови в 2-2,5 раза, снижение фибриногена А до 300 мг/%, исчезновение в плазме фибриногена Б, уменьшение протромбинового индекса до 35-40%.

При дробном введении гепарина больному следует руководствоваться следующим правилом: при времени свертывания до 5 минут вводить дозу 10 тыс. ЕД гепарина, 10 минут – 5 тыс. ЕД, 15 минут и более – инъекция гепарина пропускается. Фибринолизин необходимо назначать 2 раза в сутки, не превышая при этом суточной дозы в 40 тыс. ЕД.

Гепаринотерапия проводится в течение 3-5 суток в зависимости от тяжести и распространенности тромботического процесса. В последующем осуществляется переход на медленно действующие антикоагулянты по общепринятой схеме. Лечение фибринолизинотерапией проводится также 3-5 суток. В качестве активатора фибринолиза может применяться никотиновая кислота, назначаемая параллельно с гепарином, в дозе 1 мг/кг массы больного в сутки.

Осложнением данной антикоагулянтной терапии может быть гепариновый тромбоцитопенический синдром. Он развивается у больных, получающих гепарин на фоне прогрессирующей тромбоцитопении. В связи с этим при гепаринотерапии обязательно необходим контроль за тромбоцитами.

Современным средством антикоагулянтной терапии являются низкомолекулярные гепарины (НМГ). Их преимуществами являются: постоянная биологическая доступность, более длительный полупериод существования, низкий риск побочных эффектов (в том числе тромбоцитопении и остеопороза), возможность длительного лечения даже в домашних условиях.

Введение фраксипарина проводится каждые 12 часов в течение 10 дней. Лечебная доза определяется массой тела: 0,1 мл на 10 кг массы. В случае появления передозировки и кровоточивости возможна его нейтрализация протамином сульфат (из расчета 0,6 мл протамин нейтрализует 0,1 мл фраксипарина). Курс применения НМГ составляет 5-10 дней с последующим переходом на непрямые антикоагулянты сроком до 6 месяцев.

С первых же дней лечения целесообразно назначение флавоноидов (детралекс, троксевазин, венорутон). Они воздействуют на метаболизм в венозной стенке и паравазальных тканях, обладая противовоспалительным и обезболивающим эффектом. Наряду с этим необходимо назначение препаратов, направленных на нормализацию, а также улучшение притока крови и купирование возникающего сосудистого спазма. Такими препаратами являются ксантинола никотинат, трентал, вводимые внутривенно в составе коктейля или внутримышечно.

В остром периоде традиционно парентеральное применение миотропных спазмолитиков (но-шпа, папаверин, галидор).

Для достижения большего эффекта общесредствительное воздействие