

следует комбинировать с местным лечением. На пораженную конечность накладываются компрессы с различными препаратами (спиртовой раствор, лиотон, гепариновая или гепароид-мазь, флавоноиды, нестероидные противовоспалительные средства). Хороший эффект в остром периоде наблюдается от применения пиявок.

К окончанию первой недели лечения пациент переводится на медленно действующие антикоагулянты (фенилин, синкумар, варфарин и др.). Внутривенное введение препаратов заменяется внутримышечным, а после 10-го дня - пероральным. Со второй декады лечения пациент должен получать медленнодействующие антикоагулянты под контролем протромбинового индекса с постепенным снижением дозировки.

Подобное лечение, проводимое в течение недели, как правило, дает положительный эффект: отек конечности уменьшается, цвет кожи нормализуется, исчезают боли в ноге. К этому периоду целесообразно постепенно активизировать пациента и на 10 сутки поднимать на ноги, так как тромб в эти сроки обычно фиксируется к сосудистой стенке. В случае доказанного отсутствия эмбологенности активизировать и поднимать больного следует раньше. В дальнейшем больной должен постоянно в течение многих месяцев, а то и лет применять компрессионную терапию пораженной ноги эластическими бинтами или чулками.

Через месяц – два процесс переходит в подострую стадию. Ее характерная черта — структурные изменения венозной системы дистальнее места тромбоза, обусловленные возросшим венозным давлением. Проявляется расширением венозных сосудов. Терапевтическими задачами данного периода являются повышение тонуса венозных сосудов, коррекция микроциркуляции и транскапиллярного обмена в пораженной ноге. Это достигается повторными курсами венотоников и препаратов, воздействующих на метаболизм в тканях и сосудистой стенке. Имеет резон применение этих препаратов местно на пораженную конечность в виде мазей, гелей. По мере структурных изменений венозной системы конечности в ответ на блокаду магистрального оттока и развитие реканализации самого тромба формируется посттромботическая болезнь. Этот период охватывает около года. Выйдет ли пациент с минимальными гемодинамическими расстройствами или с трофической язвой через 4-6 лет

Лечение тромбозов глубоких вен рук и верхнего плечевого пояса не отличается от таковых при тромбозах ног. Так как венозная сеть рук более развита и кровоток в них быстрее компенсируется, они не осложняются тромбэмболиями, и при их лечении нет необходимости в строгом постельном режиме. Однако руке необходимо обеспечивать функциональный покой и приподнятое положение.

Осуществляя выбор лечебной тактики при тромбозах подключичных вен, необходимо выделять два их варианта:

- 1) «Спонтанно» развивающиеся тромбозы, обусловленные компрессионным нейро-сосудистым синдромом выхода из грудной клетки. Чаще всего они связаны с травмой подключичной вены между 1 ребром и ключицей или лестничной мышцей. Тромб в таких случаях, как правило, фиксирован к