

стенкам сосуда, в связи с чем эмболии редки. Гепариноterapia при подобных тромбозах проводится редко.

- 2) Тромбозы подключичных вен, как осложнение подключичной катетеризации для инфузионной терапии у гнойно-септических больных. Риск тромбоза существенно повышается при введении в катетер гипертонических растворов без последующего его «промывания» изотоническими растворами, а также плохом уходе за катетером. Поражение может захватывать подключичные вены, брахиоцефальный ствол, а также верхнюю полую вену. Реальной опасностью последней ситуации является «зависание» тромба в полость правого предсердия. При этом реально септическое поражение вены, как вариант ангиогенного сепсиса.

Лечение септического подключичного тромбоза должно начинаться с немедленного удаления катетера из вены. Конечности создается функциональный покой. Учитывая, что процесс в этом случае носит характер тромбофлебита, целесообразно назначение противовоспалительных нестероидных препаратов. Местное лечение включает применение полуспиртовых компрессов, а также троксевазиновой или гепариновой мазей в сочетании с индометациновой или бутадионовой мазями. Учитывая возможное продолжение септического процесса в варианте ангиогенного сепсиса, важна адекватная антибиотикотерапия и лечение синдрома системного воспалительного ответа.

Особенностью тромбозов полых вен является большая частота вторичных поражений, когда процесс в магистральных венозных сосудах возникает вследствие прорастания их стенки злокачественным новообразованием, локализованным в средостении или брюшинном пространстве. Таким пациентам необходимо назначать срочное дуплексное ультразвуковое сканирование или рентгеноконтрастную каваграфию для диагностики эмбологенного флотирующего тромба, а также исключения вторичного характера поражения.

Применение тромболитиков при глубоких венозных тромбозах сохраняет клапаны, но оно опасно кровотечением, а потому неприменимо без адекватного лабораторного мониторинга.

При **тромбофлебите поверхностных вен** основными задачами терапии являются: фиксация тромба к стенкам сосуда, купирование воспалительного компонента заболевания, профилактика продолженного тромбообразования. Важным условием лечения является обеспечение конечности функционального покоя. Эффективно местное назначение компрессов с 40-50%-ным раствором спирта и гепаринсодержащих мазей. Их лечебное действие усиливается при добавлении мазей с нестероидными противовоспалительными препаратами. Общее лечение заключается в назначении бутадиона по 0,15 г 3 раза в день и ацетилсалициловой кислоты по 0,15 г 1 раз в сутки. При подобной патологии назначение антикоагулянтов и тромболитиков не показано.

При отсутствии распространения тромбофлебитического процесса по большой подкожной вене до уровня средней трети бедра, когда необходима экстренная операция, такое лечение болезни проводят в течение 5-7 суток. Двигательный режим пациентам постепенно расширяют, при этом компрессионная терапия является для них обязательной.