

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ**

И. В. БОЕВ, В. В. ЧУРСИН, О. И. БОЕВ,
З. М. ТАТАРКУЛОВА

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, методы терапии

**COMPARATIVE EFFICIENCY
OF DIFFERENT APPROACHES
TO COGNITIVE DISORDERS MANAGEMENT**

BOYEV I. V., CHURSHIN V. V., BOYEV O. I.,
TATARKULOVA Z. M.

Key words: encephalopathy, cognitive disorders, treatment technologies

© Коллектив авторов, 2011
УДК 617.58: 616-005.6 – 089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛООПАСНЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. П. Попов¹, О. В. Булда², Р. В. Шнюков²

¹ Ставропольская государственная медицинская академия

² Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов
медицинской помощи

Проблема венозного тромбоза и его катастрофического осложнения – тромбоза легочных артерий (ТЭЛА) занимает особое место среди осложнений различных заболеваний хирургического и терапевтического характера в связи с частотой заболевания и тяжестью последствий. Случаи венозной тромбозии составляют в среднем 1-3 на 1000 населения в год [3,7]. В структуре больничной летальности на долю ТЭЛА приходится до 10 % [2,5].

Как правило, ТЭЛА возникает при эмболоопасных формах венозного тромбоза. Поток крови смывается свободно расположенная в просвете вены часть тромба, не фиксированная к сосудистой стенке. Оклюзионное тромботическое поражение осложняется эмболизацией легочных артерий значительно реже [1].

В случае развития эмболоопасного тромбоза глубоких вен нижних конечностей консервативные методики лечения недостаточно эффективны. В ряде случаев необходимо применение интервенционных методов: имплантации кава-фильтра, пликация нижней полой вены, прямой тромбэктомии из бедренной и подколенной вен [4,6].

В случае выявления эмболоопасных тромбозов подколенной вены или общей бедренной вены наиболее эффективной и безопасной методикой представляется

прямая тромбэктомия с лигированием в ряде случаев поверхностной бедренной или подколенной вен.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность хирургических методов лечения у пациентов с эмболоопасными формами тромбозов бедренных и подколенных вен.

Материал и методы. В отделении сосудистой хирургии ГУЗ СККЦ СВМП в 2010 году были прооперированы 14 больных с эмболоопасными венозными тромбозами. Возраст пациентов – от 26 до 67 лет. 8 больных – мужчины, 6 – женщины. Всем больным выполнялось дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей, на котором у 10 выявлен окклюзирующий тромбоз поверхностной бедренной вены с эмболоопасным тромбозом общей бедренной вены, у 4 – эмболоопасный тромбоз подколенной вены. Поражение вен левой нижней конечности диагностировано у 9 пациентов, правой нижней конечности – у 5. При поступлении в отделение сосудистой хирургии у 4 больных имелись клинические признаки ТЭЛА, что было подтверждено данными эхокардиографии и компьютерной томографии.

У всех больных имелась высокая вероятность тромбоза легочной артерии (у 4-х – повторной), что послужило показанием к экстренному оперативному вмешательству. 10 пациентам выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены, лигирование поверхностной бедренной вены; 4 – тромбэктомия из подколенной вены с наложением сетчатого фильтра. Всем пациентам в течение 2 суток после операции проводилось контрольное дуплексное ангиосканирование, по результатам которого в одном случае выполнена повторная операция – удаление резидуального тромба из притока поверхностной бедренной вены.

В послеоперационном периоде всем больным были назначены компрессионный трикотаж 2-3 класса компрессии, низкомолекулярные гепарины в лечебных дозировках с параллельным подбором оптимальной дозы варфарина, диклофенак. С третьего дня после операции все пациенты получали микроионизированную флавоноидную фракцию диосмина в дозе 1 табл. 2 раза в день.

Попов Андрей Павлович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургии, эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел. (8652) 295302, 89187436597; e-mail: pap40.1965@mail.ru.

Булда Олег Викторович, заведующий отделением сосудистой хирургии ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», тел.: (8652) 350228, 89624430126.

Шнюков Роман Викторович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии, эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 295302, 89624529650; e-mail: shnukovroman@yandex.ru.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не развилась клиника тромбоэмболии легочной артерии, у всех 4 больных, поступивших в отделение с клиникой ТЭЛА, достигнуто значительное улучшение состояния. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов на протяжении 1-6 месяцев. Эпизодов тромбоэмболии не было. Клиника хронической венозной недостаточности выявлена у 5 оперированных больных (35,7 %). Всем больным были рекомендованы прием варфарина в течение не менее 6 месяцев, регулярные курсы микроионизированного диосмина 2-3 раза в год, постоянное использование компрессионного трикотажа.

Заключение. Прямая тромбэктомия из общей бедренной и подколенной вены при их эмболоопасных венозных тромбозах является эффективной и безопасной методикой, позволяющей значительно снизить риск тромбоэмболии легочной артерии у этой категории пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ЭМБОЛООПАСНЫМИ ТРОМБОЗАМИ
ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**
А. П. ПОПОВ, О. В. БУЛДА, Р. В. ШНЮКОВ

Ключевые слова: эмболоопасный венозный тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии, хирургическое лечение

Литература

1. Савельев, В.С. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко. – М., 2001. – 664 с.
2. Cohen, A.T. Prophylaxis of venous thromboembolism in medical patients / A.T. Cohen, R. Alikhan // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2001. – Vol.7 – P. 332-337.
3. Nordstrom, M. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population / M. Nordstrom, B. Lindblad, D. Bergqvist, T. Kjellstrom // J. Intern. Med. – 1992. – Vol.232. – P. 155-160.
4. Reekers, J. Mechanical thrombectomy and vena cava filters / J. Reekers // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2000. – Vol.23. – P. 54-55.
5. Stein, P.D. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy / P.D. Stein, J.W. Henry // Chest. – 1995. Vol.108. – P. 978-981.
6. Streiff, M.B. Vena caval filters: a comprehensive review / M.B. Streiff // Blood. – 2000. – Vol.95. – P.3669-3677.
7. White, R.H. The epidemiology of venous thromboembolism / R.H. White // Circulation. – 2003. Vol.107. – P. 14-18.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF THE PATIENTS
WITH DEEP VENOUS THROMBOSIS
OF LOWER EXTREMITIES**

POPOV A. P., BULDA O. V., SHNYUKOV R. V.

Key words: venous thrombosis, surgical treatment, pulmonary embolism

© Коллектив авторов, 2011
УДК 618. 14-018:615. 33

ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ АЗИТРОМИЦИНА В ТКАНИ МАТКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФУЗИОННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ АНТИБИОТИКА

В. А. Батурин, Е. В. Дзанаева, В. В. Чеботарев
Ставропольская государственная медицинская академия

Результативность антибактериальной терапии в значительной мере определяется содержанием противомикробного средства в «органе – мишени». При этом принципиально важно, чтобы содержание антибиотика в тканях многократно превышало значения минимальных подавляющих концентраций для патогенных микроорганизмов [2]. В связи с этим при разработке

схемы дозирования антибактериальных средств принципиально важным является изучение фармакокинетики новых препаратов.

Цель исследования – оценка фармакокинетических показателей новой инъекционной формы азитромицина.

Материал и методы. Внутриклеточную концентрацию азитромицина определяли во фрагментах нормальной ткани матки, получаемых в ходе оперативного вмешательства по поводу фибромиомы матки у 39 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Все пациентки были разделены на 2 группы. В первой (27 больных) азитромицин вводился парентерально (Сумамед® – инфузионная форма – «Плива», Хорватия) с целью переоперационной профилактики однократно 500 мг (продолжительность инфузии 1 час). При этом концентрация антибиотика в миометрии определялась у 20 больных через 26–30 часов после введения препарата. У 7 пациенток тканевое содержание азитромицина оценивали через 75–76 часов после проведения инфузии препарата.

Во второй группе (12 женщин) азитромицин вводился два раза в дозе 500 мг с интервалом между ин-

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной и инновационной работе, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: (8652)352524; e-mail: v_baturin@mail.ru

Дзанаева Елена Викторовна, соискатель кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-дерматовенеролог Ставропольского краевого клинического кожно-венерологического диспансера, тел.: 89620133474; e-mail: antonenko@mail.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru