

дись» из 4 предложенных вариантов выполняли без ошибок. У всех пациентов по общему количеству набранных баллов батареи лобных тестов установлена умеренная лобная дисфункция (мужчины до 55 лет $12,1 \pm 0,40$, старше 55 лет $12,5 \pm 0,51$, женщины соответственно $12,0 \pm 0,90$, $12,1 \pm 0,11$).

Заключение. У пациентов в раннем послеоперационном периоде установлено уменьшение депрессивных расстройств, некоторое снижение слухоречевой памяти и избирательной актуализации из памяти слов на фоне сохранной зрительно-пространственной деятельности и снижения вербального мышления, преимущественно у мужчин.

Литература

1. Шрадер Н.И. Предикторы неврологических осложнений у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование /Н.И. Шрадер, Е.Е. Васенина, В.Л. Шайбакова, О.С. Левин //Журн. Неврологии и нейрохирургии, 2013. - № 7. – С. 90 – 97.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТИВОЭМБОЛИЧЕСКОГО КАВА-ФИЛЬТРА

Савицкая А.Ф., Найда Н.Н., Сидельникова Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент Василевский В.П.

Актуальность. При наличии эмболоопасных тромбозов системы нижней полой вены эффективным способом профилактики первичной и повторной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) является методика имплантации кава-фильтра (КФ). Учитывая накопленный в настоящее время практический опыт, процент осложнений при установке КФ крайне низок, не превышает 1-3%. В тоже время ряд исследований предупреждает о снижении показателей качества жизни у лиц с имплантированным КФ по сравнению с практически здоровыми. [1]

Цель работы. Оценить качество жизни и определить факторы, способствующие снижению ее показателей у пациентов, перенесших имплантацию КФ при остром илиофemorальном флеботромбозе.

Задачи и методы исследования. Отдаленные результаты имплантации КФ прослежены нами у 8 пациентов (2 мужчин, 6 женщин, в возрасте 42—78 лет), перенесших имплантацию КФ в 2010-2012 годах. Оценку результатов проводили с использованием опросника, составленного по SF-36 и CIVIQ. Подробно изучали анамнез заболевания, фиксировали показания к имплантации кава-фильтра, его тип, характер и локализацию эмбологенных тромбов и перенесенной ТЭЛА. Оценивали эффективность проводимой в посттромботическом периоде антикоагулянтной терапии и эластической компрессии. Придавали значение влиянию сопутствующих заболеваний.

Результаты и выводы. Во всех случаях тромботические массы локализовались в системе нижней полой вены. 6 пациентам имплантировался кава-фильтр OptEase CORDIS, 1 пациентке TrapEase 6 Fr, 1 пациентке - Simon nitinol filter. После имплантации КФ всем пациентам амбулаторно назначалась постоянная терапия антикоагулянтами непрямого действия с использованием лечебных компрессионных изделий. 5 из 8 пациентов регулярно принимают варфарин в течение всего срока после имплантации КФ. 7 из 8 прекратили ис-

пользование эластических бинтов по различным причинам в течение первых 6 месяцев после операции. 4 исследуемым больным удалось добиться отсутствия или значительного регресса отека нижних конечностей в течение ближайших 4-7 месяцев, 3 отмечают стойкий отек конечности, на которой проводилась имплантация КФ, возникающий днем и исчезающий к ночи, 1 пациентка имеет стойкий отек обеих конечностей. У 3 исследуемых наблюдаются судороги в нижней конечности (в которую имплантировался КФ) разной интенсивности, возникающие преимущественно по ночам не чаще 1-2 раз в месяц. Мышечные боли в нижней конечности беспокоят 2 пациентов. 2 пациентам 3-4 раза в течение дня приходится принимать горизонтальное положение. 2 пациента умеренно ограничили физическую активность, 2 пациентам пришлось значительно ограничить физическую нагрузку, 4 исследуемых пациента без клиники венозной недостаточности нижних конечностей не отмечают ограничения привычной физической нагрузки. У 3 пациентов наблюдается быстрая физическая утомляемость.

Таким образом, методика эндолюминальной кава-фильтрации надежно предупреждает ТЭЛА в ближайшем и отдаленном постимплантационных периодах. В сроки от 2 до 4 лет после постановки постоянного КФ примерно у 50% оперированных при приеме антикоагулянтов и проведении внешней эластической компрессии отсутствуют клинически значимые жалобы и явления венозной недостаточности нижних конечностей, каким-либо образом влияющие на качество жизни пациентов.

Литературы.

1. Фокин А. А. Исследование качества жизни после имплантации противоземболического КФ при остром илиофеморальном флеботромбозе /А. А. Фокин, Д. Г. Соценко - Флебология 2012 - №. 2 - Стр. 34

УРОФЛОУМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Савицкий М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель - к.м.н. профессор Нечипоренко Н. А.

Цель. Показать возможность диагностировать стрессовое недержание мочи у женщин методом урофлоуметрии разработанном на курсе урологии ГрГМУ.

Материал и метод исследования. Исследование проводилось на базе урологического отделения ГОКБ. В исследование были включены 30 пациентов в возрасте от 32 до 70 лет: 20 из которых страдали стрессовым недержанием мочи, остальные 10 имели нормальную континенцию.

Для диагностики стрессового недержания мочи пациенткам проводилась урофлоуметрия. Урофлоуметрия выполняется при заполнении мочевого пузыря мочой в объеме 200-250 мл. Пациентка садится в кресло урофлоуметра (UroPort v2.1 фирмы tic Medizintechnik GmbH & Co (Германия), аппарат включается и ей предлагается трижды покашлять с интервалом 5-8 секунд. Если имеет место стрессовое недержание мочи, то порции мочи, выделяющиеся на высоте кашлевых толчков попадают в воронку системы, что реги-