

тиімділігі жоғары болып шықты және №1 топта 100% және №2 топта 96% құрады. Ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдеуде ингибиторлы қорғалған аминопеницилиндердің клиникалық-бактериологиялық тиімділігі жоғары: тұтастай алғанда барлық науқастарда негізгі ауру симптомдарының жедел оң динамикасы анықталды.

**Қорытындылар.** Осылайша, амоксициллин/сульбактаманы ауыр емес ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдеу кезінде бірінші кезектегі препарат ретінде қарастырған жөн.

**Негізгі сөздер:** амоксициллин/сульбактам, амоксициллин/клавулант, ауруханадан тыс өкпе қабынуы.

#### SUMMARY

Z.Zh. ENSEGENOVA, G.K. ZHAKYSHEVA,  
D.T. AMIROV

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,  
City clinic number 24, Almaty c.,  
Center of primary medical care №17,  
Semey c., Kazakhstan

#### THE CLINICAL EFFICACY OF AMOXACILLIN/SULBACTAM IN THE TREATMENT OF THE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE OUTPATIENT CONDITIONS

**Introduction.** In the recent years there has been an increase in the stability of the community-acquired respiratory infections pathogens to many antibiotics. The overcoming of the resistance of the pathogenic microbes is the urgent priority for the clinical pharmacology of the antibiotics.

The purpose of this study was to evaluate the clinical efficacy of Amoxicillin /sulbactam in the treatment of the non-severe community-acquired pneumonia.

**Materials and methods.** The study included 51 patients with the community-acquired pneumonia with the typical clinical and radiographic feature of this disease, met the inclusion criteria and had no exclusion criteria. By the method of random

numbers, the patients were randomized into two treatment groups. Group number 1: 26 patients received amoxicillin /sulbactam 1000 mg 3 times a day administered orally. Group number 2: 25 patients received amoxicillin /clavulanate 625 mg three times a day administered orally. The duration of the antibiotic treatment: not less than 5 days after the body temperature returns to the normal level. During and after the treatment there were conducted: an examination of the patient for the monitoring of the changes in his clinical status, the laboratory tests – the clinical and biochemical analysis of blood, the x-ray examination, the bacteriological analysis of the sputum.

**Results and discussion.** The body temperature of all patients on the third day fell below 37.50C. The average duration of hyperthermia was 3,2±0,4 days in the group number 1, and 3,3±0,4 days in the group number 2 (p>0.05). The dyspnea was stopped by an average of 2,4±0,5 and 2,6±2,5 day respectively for the groups number 1 and number 2 (p>0.05). In 25 patients initially the muco-purulent sputum determined. Up to the 3rd day in all groups the purulent sputum was absent, at the same time in 9 patients in the group number 1 and in 6 patients in the group number 2 the sputum was completely absent. The leukocytes count was normalized up to the 3rd day in all patients. The radiological resolution of the pneumonia was observed in all patients at the control x-ray. The total clinical efficacy in patients was high and amounted to 100 % in the group number 1 and 96 % in the group number 2. The clinical and bacteriological efficacy in the treatment of the community-acquired pneumonia with the aminopenicillins inhibitors is high: in general in all patients was obtained the rapid positive dynamic of the main symptoms of the disease.

**Conclusions.** Thus, amoxicillin/sulbactam should be considered as the first-line therapy in the treatment of the non-severe community-acquired pneumonia.

**Key words:** amoxicillin/sulbactam, amoxicillin/klavulonat, community-acquired pneumonia.

УДК 616.14-005.7-084

Ж.Т. АРТЫКБАЕВ

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

## ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НЕХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Статья посвящена актуальной проблеме клинической медицины – венозным тромбоэмболическим осложнениям (ВТЭО). Представлена эпидемиология, факторы риска развития ВТЭО у терапевтических пациентов с инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, инсультом, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, у больных, находящихся на длительном постельном режиме, а также у лиц при длительных авиаперелетах и путешествиях. Даны современные рекомендации по профилактике ВТЭО при этих патологических состояниях.

**Ключевые слова:** венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), профилактика, гепарин.

**Т**ромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и таза, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют собой проявление одной болезни и относятся к числу распространенных причин заболеваемости и смертности. Частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100 000 населения, с частотой смертельной ТЭЛА 60 на 100 000 населения, причем эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту [1, 2].

В высокоразвитых странах ТЭЛА устойчиво вышла на третье место по частоте, после ИБС и инсульта, как причина смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний. В США ежегодно регистрируется около 600 000 случаев ТЭЛА, 1/3 больных с этим диагнозом умирает [3]. При

этом у 50% умерших это заболевание при жизни не диагностируется. Более 250 000 пациентов каждый год госпитализируется с ТГВ или ТЭЛА, 5% из них умирают [4]. В условиях многопрофильного клинического стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15-20 из 1000 лечившихся больных, в том числе у 3-5 пациентов со смертельным исходом [5].

До 70-80% фатальных эпизодов ТЭЛА приходится на нехирургических пациентов. Госпитализация пациентов с острыми заболеваниями внутренних органов приводит к повышению риска возникновения ТГВ в 8 раз [6]. ТГВ и ТЭЛА часто развиваются у госпитализированных обездвиженных больных, либо вынужденных в течение длительного времени соблюдать постельный режим.

Имобилизация (постельный режим) – фактор, способствующий венозному стазу, играющему основную роль в развитии тромбоза. Выживаемость от венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в терапии зависит от возраста, пола, индекса массы тела, наличия сердечной недостаточности, хронических заболеваний легких, тяжелых неврологических заболеваний, опухолей и даже от того, как долго больной после ВТЭО находился на больничной койке [6]. Имеет также важное значение наличие генетических нарушений гемостаза (тромбофилии). В этих случаях врожденные нарушения в системе свертывания крови могут быть связаны с дефицитом антитромбина III, протеинов С, S, плазминогена, антифосфолипидным синдромом, мутациями фактора V Лейден и в гене протромбина 20210 A, гипергомоцистеинемией и др.

Вероятность развития ТГВ у терапевтических больных подтверждают данные аутопсий: 26-36% пациентов, находившихся на лечении в отделениях внутренней медицины и инфекционных болезней, имели ВТЭО. Смертность от ТЭЛА у этих пациентов составила 9-11% [7]. Stein P. в 1995 г. опубликовал свои данные наблюдения за 51645 пациентами с заболеваниями внутренних органов. У 37% пациентов ТЭЛА явилась либо причиной смерти, либо способствовала гибели больного [8].

Stein P. с соавт. в 1989 г. попытались классифицировать терапевтических больных по степени риска развития ТГВ и ТЭЛА. К категории высокого риска авторы отнесли больных с инсультом, пожилых (старше 70 лет) с застойной недостаточностью кровообращения (ЗНК), шоком, ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, с тромбофилией. К категории умеренного риска были отнесены терапевтические больные с заболеванием в активной стадии, потребовавшим вынужденной иммобилизации, а также больные с начальными стадиями ЗНК. К категории низкого риска – больные с незначительными терапевтическими заболеваниями [9].

Среди терапевтических больных наиболее вероятен риск развития ВТЭО при инсульте, инфаркте миокарда, сердечной недостаточности (III и IV стадия по NYHA), острых или хронических заболеваниях легких, острых или хронических инфекционных заболеваниях (табл. 1). Развитие ТГВ способствует применению глюкокортикоидов, мочегонных препаратов, установление внутривенных катетеров.

**Таблица 1 – Частота развития ТГВ у пациентов терапевтического профиля (без проведения профилактики) [10, 11]**

Заболевание	Частота возникновения ТГВ, %
Инсульт	11-75
Инфаркт миокарда	17-34
Повреждение спинного мозга	6-100
Сердечная недостаточность	20-40
Неотложное состояние больного	25-42
Больной общетерапевтического профиля	10-26

Аналогичная тенденция отмечается и при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Определяющими факторами в развитии ТГВ при болезнях сердца являются нарушения центральной и периферической гемодинамики. Любой патологический процесс, затрагивающий сердце в целом или преимущественно миокард (инфаркт миокарда, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ревматизм, идиопатическая кардиомиопатия и т.д.), сопровождающийся застойной сердечной недо-

статочностью либо нарушением ритма, может способствовать (уменьшение сердечного выброса) снижению скорости кровотока в венах нижних конечностей и привести к развитию ТГВ.

Развитие ВТЭО при сердечной недостаточности отмечается очень часто, по данным исследований, у 45-70% больных [6]. ХСН рассматривается в качестве фактора риска ТГВ, хотя специальных исследований, в которых это изучалось, немного, а кроме того, в них не выделялись стадии ХСН по классификации NYHA. В исследованиях SIRIUS (2000) и Howell с соавт. (2001) наличие ХСН оказалось независимым предиктором ТГВ [6, 12].

В неврологической практике риск развития ВТЭО особенно высок при инсультах и составляет 55%. 5% смертей в раннюю фазу инсульта приходится именно на ТЭЛА [6]. При инсульте на фоне значительного обездвизживания, гемипарезов и параличей, расстройств сознания, вплоть до глубокой комы, нередко гипотонии – создаются благоприятные условия для внутрисосудистого тромбообразования, прежде всего в периферических отделах венозной системы. Образование тромбов в венах зависит от наличия паралича/пареза конечностей, мерцательной аритмии и сердечной недостаточности, длительности постельного режима.

При острых и хронических заболеваниях легких, на фоне дыхательной недостаточности может возникнуть декомпенсированная гиперкоагуляция с развитием локального или диссеминированного внутрисосудистого свертывания и тромбоза. В исследовании J. Congrad, которое включало пациентов с хроническими obstructивными заболеваниями легких, ТГВ нижних конечностей были обнаружены у 26% пациентов [6].

В реанимационных отделениях у соматически тяжелых пациентов имеется множество факторов риска ВТЭО, связанных с основным заболеванием (тяжелая сердечная или легочная недостаточность, сепсис и т.п.). Кроме того, у подобных пациентов существуют и дополнительные факторы риска, такие как обездвиженность, пожилой возраст, использование вазопрессорных средств, мочегонных препаратов, наличие центрального венозного катетера, применение аппарата для искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и др. В условиях реанимации у 13-31% пациентов наблюдаются ВТЭО [13, 14, 15, 16, 17] (табл. 2). Длительное применение ИВЛ увеличивает риск развития ВТЭО. Венозные тромбозы развиваются у каждого четвертого пациента, находящегося на ИВЛ более 7 дней [6].

В последние годы внимание клиницистов все чаще привлекает так называемый «синдром эконом-класса». Суть его в том, что во время длительных авиаперелетов или путешествиях на других видах транспорта у пассажира возможно развитие ВТЭО. Ретроспективные изучения обнаружили, что у 4-20% лиц развивается ВТЭО в течение нескольких недель после длительных авиаперелетов (более 6 ч) [6]. По данным Британского торакального общества при авиаперелетах и переездах по дорогам, особенно длительных, риск ВТЭО повышается в 2-4 раза [18].

Почему ВТ чаще возникает в полете? Основными причинами развития ВТ при использовании авиатранспорта является иммобилизация, сдавление вен, дегидратация. Развитию ВТЭО способствуют также специфические условия микроклимата авиалайнера, а именно – пониженное атмосферное давление, низкая влажность воздуха, а также низкая физическая активность пассажиров (вынужденная поза, ограниченное пространство) и длительная экспозиция.

Отток венозной крови от нижних конечностей в норме осуществляется в основном за счёт сокращения икронож-

Таблица 2 – Частота ВТЭО в условиях реанимации

Исследование	Заболевание пациентов	Количество пациентов	Частота ТГВ, %
Mosor et al., 1981	Тяжелая дыхательная недостаточность	33	13
Cade et al., 1982	Тяжелое общее заболевание	60	29
Goldberg et al., 1996	Тяжелая дыхательная недостаточность	16	19
Kapoor et al., 1999	Тяжелое заболевание внутренних органов	300	31
Fraise et al., 2000	ХОБЛ, требующее ИВЛ	85	28

ных мышц, которые выполняют функции насоса. Низкая физическая активность, которая имеет место при длительных перелетах и поездках, провоцирует нарушение этого механизма и замедляет ток крови. Застой крови в венозной системе нижних конечностей может приводить к образованию тромбов. Чем крупнее пораженный тромбом сосуд, тем неблагоприятнее будет прогноз, и более серьезным может быть исход. Тромбоз может возникнуть даже у людей с абсолютно здоровыми венами и не зависит от того, в каком классе салона самолета или другого транспортного средства путешествует человек. Длительное пребывание пассажира в статичной позе, ограничение физической активности, низкое парциальное давление и пониженное содержание кислорода на борту авиалайнера приводят к застойным явлениям в венах нижних конечностей. Низкая скорость кровотока по венам, употребление алкоголя, относительно низкая влажность в салоне воздушного судна, употребление недостаточного количества жидкости приводят к обезвоживанию организма и сгущению крови.

Кто входит в группу повышенного риска? Это в первую очередь люди, имеющие сопутствующие заболевания, такие как варикозное расширение вен нижних конечностей, ожирение, тромбозы в анамнезе, склонность к гиперкоагуляции, лица, перенесшие различные операции под общей анестезией, перенесшие инфаркт миокарда, больные с нарушением мозгового кровообращения, мерцательной аритмией, параличами, различными опухолями.

Тромбоз часто может возникать у пожилых людей, у женщин, принимающих гормональные контрацептивы, при беременности, после различных травм, у малоподвижных больных, после продолжительного пребывания на постельном режиме, при гипсовой иммобилизации конечностей, наличии венозного катетера, различных внутрисосудистых устройств, таких как стент, искусственный водитель ритма сердца, кава-фильтр, кардиодефибриллятор, искусственный клапан и др.

Вопросы профилактики ВТЭО у терапевтических больных с точки зрения медицины изучены в меньшей степени, чем у хирургических и травматологических больных. В отличие от хирургии, где разработана стратификация риска больных, подвергающихся хирургическому вмешательству, а эффективность профилактики ВТЭО гепарином доказана в многочисленных исследованиях, в терапевтической клинике вопросы профилактики ВТЭО изучены пока еще недостаточно, и прежде всего это связано с большим разнообразием терапевтической патологии. В то же время в последних рекомендациях Американской коллегии врачей-специалистов по заболеваниям органов грудной клетки (АССР) указывается на необходимость проведения профилактики у терапевтических больных и они включены в категорию умеренного и высокого риска [19].

Для профилактики ВТЭО при инфаркте миокарда используют несколько режимов введения нефракционированного гепарина (НФГ):

- 5000 ЕД каждые 8-12 ч подкожно;
- 40 000 ЕД/сут внутривенно капельно.

Как показал анализ исследований, при назначении больших доз гепарина количество эпизодов ВТЭО снижалось в большей степени, но при этом возрастала частота кровотечений. Эти данные позволяли рекомендовать для предотвращения ВТЭО при инфарктах миокарда использовать малые дозы НФГ. НФГ или низкомолекулярные гепарины (НМГ) при инфарктах миокарда полезны не только для профилактики ВТ. Они также предупреждают развитие атеротромбоза и применяются для улучшения эффекта тромболитической терапии.

При применении гепаринов риск развития ТГВ при сердечной недостаточности снижался в среднем до 18,5% [6]. Продолжительность терапии определяется эффективностью лечения сердечной недостаточности и применением мочегонных средств быстрого действия.

В терапии эффективно применение как низких доз НФГ, так и НМГ. Разницы в эффективности в отношении ВТЭО не было выявлено. Продолжительность терапии зависит от длительности действия факторов риска и в среднем составляет 10 – 14 дней.

Результаты крупных рандомизированных исследований (MEDENOX, PRIME, PRINCE, COLUMBUS, PREVENT, ARTEMIS и др.) позволили рекомендовать международным обществам применять профилактическую антикоагулянтную терапию малыми дозами НФГ или НМГ у пациентов с высоким риском развития ВТ (при наличии сердечной недостаточности III и IV стадии по NYHA, тяжелого острого и хронического воспалительного или инфекционного заболевания, в том числе заболеваний легких, нескольких факторов риска ВТЭО, опухоли, сепсиса или ВТЭО в анамнезе) [6].

Пациентам с высоким риском развития ВТЭО, но у которых имеются противопоказания к антикоагулянтам, должны проводиться механические методы предотвращения развития ТГВ – ношение компрессионного трикотажа или использование перемежающейся пневматической компрессии [19].

В терапии продолжительность профилактических мероприятий до конца не определена. По мнению ряда авторов, она должна составлять 7-10 дней или продолжаться до момента выписки из стационара. При сохранении высокого риска развития ВТЭО возможно и более длительное применение до тех пор, пока данный риск не снизится.

В 1999 г. были представлены данные исследования MEDENOX [20], целью которого было определить частоту ТГВ и ТЭЛА у стационарных терапевтических больных и эффективность НМГ эноксапарина для профилактики этих состояний. Были включены 1 102 больных, находящихся в стационаре не менее 6 дней, из них на постельном режиме не менее 3 дней. Основными причинами госпитализации были ХСН, острая и хроническая дыхательная недостаточность, острая ревматическая лихорадка, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные заболевания. Эноксапарин вводили подкожно в дозах по 20 и 40 мг 1 раз в сутки. Имелась группа пациентов, получавших плацебо. Исследование установило, что терапия НМГ эноксапарином в дозе 40 мг в сутки подкожно на протяжении

**Таблица 3 – Эффективность фондапаринукса в профилактике ВТЭО у терапевтических больных (ARTEMIS)**

Клиническая ситуация	Фондапаринукс, %	Плацебо, %
ВТЭО	5,6	10,5
Фатальная ТЭЛА	0,7	1,7
Фатальное кровотечение	0,5	0,2
Смертность, не связанная с ТЭЛА или кровотечением	2,1	4,1
Общее количество нежелательных медицинских событий	8,9	16,5

**Таблица 4 – Эффективность профилактики ВТЭО при инсультах**

Метод профилактики	Количество исследований	Количество пациентов	Частота ВТЭО, %	Снижение риска
Контроль	8	346	54,5	-
Низкие дозы НФГ	5	364	24	56
НМГ	3	158	23	58
Данапароид	4	203	10,5	82

6-14 дней позволяет снизить риск развития ТГВ и ТЭЛА у госпитализированных терапевтических больных на 63%, и этот эффект сохраняется на протяжении 3 месяцев. Доза эноксапарина в 20 мг была неэффективной.

В исследовании ARTEMIS проведено изучение эффективности и безопасности синтетического селективного ингибитора Ха свертывания крови фондапаринукса у больных пожилого возраста, имеющих умеренный или высокий риск ВТЭО [21]. В исследовании участвовали 849 больных в возрасте от 60 до 90 лет, госпитализированных по поводу застойной сердечной недостаточности, пневмонии, острых инфекционных или воспалительных заболеваний, новообразований, которые находились на постельном режиме в течение 4 и более дней. Больные были распределены на группы лечения фондапаринуксом (по 2,5 мг подкожно один раз в сутки в течение 6-14 дней) или плацебо (0,5 мл физиологического раствора). Результаты исследования (табл. 3) показали, что применение фондапаринукса у пожилых пациентов с тяжелой нехирургической патологией, требующего постельного режима, почти на 50% снижает риск ВТ (при полной профилактике ТЭЛА) с минимальным риском больших геморрагий.

Результаты исследования SURYEX, включившего больных с инсультами, показали большую эффективность НМГ в сравнении с НФГ для предотвращения ВТЭО при меньшей частоте геморрагических осложнений [6]. Эффективность профилактики при инсультах с использованием различных гепаринов в других исследованиях представлена в таблице 4.

При применении гепарина у больных с инсультом имеется определенный риск геморрагической трансформации инсульта и развития диапедезного кровоизлияния в ишемический очаг. Тем не менее включение гепарина при ишемических инсультах для профилактики целесообразно, так как снижается риск ВТЭО. Но данное лечение требует строгого соблюдения следующих условий [6]:

1. Гепарин не следует применять, если ишемический очаг поражает более 1/3 полушария (при таком объеме инсульта увеличивается риск геморрагического пропитывания).

2. Не следует применять гепарин при неконтролируемом высоком артериальном давлении.

Введение гепарина следует начинать в первые 72 ч инсульта. Для профилактики ТГВ применялись низкие дозы НФГ (10000 ЕД/сут), низкомолекулярный гепарин, данапароид. Следует знать о том, что применение гепаринов и аспирина у больных с ишемическим инсультом снижает степень неврологического дефицита [6].

Теоретически вопрос о применении гепарина боль-

ным с геморрагическим инсультом пока не решен. Есть исследования, которые показывают, что риск развития ВТЭО при применении гепарина уменьшается даже у таких больных. Однако в тех случаях, когда происходит разрыв гематомы (которая возникает независимо от применения гепарина), то смертность и объем повреждения головного мозга на фоне приема антикоагулянта выше, чем без его назначения. В то же время есть данные, которые показывают, что при спонтанном кровоизлиянии в мозг применение гепарина на 2-е сутки не увеличивало риск внутримозговых кровоизлияний ни на 4-й, ни на 10-й день болезни [6].

Различные исследования показали, что применение НМГ и эластичного бинтования нижних конечностей у больных, находящихся в отделениях реанимации, снижают риск развития ТГВ [13, 14, 15, 16, 17]. Учитывая, что все пациенты, находящиеся в реанимационном отделении, обладают высоким риском развития ВТЭО, им должна обеспечиваться профилактика гепаринами (низкими дозами НФГ или НМГ) в сочетании с механическими методами. При существовании активного кровотечения или высокого риска его возникновения проводятся механические виды профилактики ТГВ с присоединением антикоагулянтов при исчезновении данного риска кровоточивости.

Методы профилактики ТГВ при длительных авиаперелетах можно разделить на физические (механические) и медикаментозные (фармакологические). Механические методы призваны ускорять кровоток в венах нижних конечностей, усиливать функцию «насоса» мышц голени, тем самым, уменьшая застойные явления, что значительно снижает риск тромбоза. Профилактика ТГВ и ТЭЛА во время длительных авиаперелетов и путешествий на других видах транспорта должна включать в себя следующие мероприятия [6]:

1. Проведение адекватной гидратации. Необходимо пить на протяжении всего перелета безалкогольные напитки.

2. Регулярные занятия физическими упражнениями нижними конечностями при нахождении в кресле самолета во время перелетов, хождение во время полета, интенсивные прогулки во время остановок.

3. Не принимать перед дорогой и во время путешествия алкоголь и успокаивающих средств, которые могут ограничивать подвижность на протяжении полета (поездки).

4. Не использовать сдавливающей одежды, которая может препятствовать оттоку крови по венам. Очень важно, сидя в кресле транспортного средства, не класть ногу на ногу.

5. Пассажирам из группы риска этих мер недостаточно. Им желательно перед полетом проконсультироваться с врачом, в некоторых случаях рекомендуется проведение медикаментозной профилактики (лечения) с использованием различных антикоагулянтов прямого и непрямого действия (внутрь, местно), обязательно по предписанию и под наблюдением врача. При наличии факторов риска ТГВ (особенно тромбофилий или ВТЭО в анамнезе) в полете необходимо использовать эластичные чулки, которые оказывают давление 20-25 мм рт. ст. на уровне лодыжек. Лечебный трикотаж, обеспечивающий давление 16-20 мм рт. ст., неэффективен. Эластическую компрессию нужно начинать не позже чем за 2 часа до полета и продолжать до полной активизации пассажира.

При высоком риске профилактические дозы НМГ, которые вводятся в течение 3 дней (за сутки до вылета, в день перелета и сутки после приземления). Аспирин не снижает риск ТГВ и ТЭЛА при длительных авиаперелетах.

Результаты исследований показали, что применение профилактических методов (гепарины или механические виды) в зависимости от степени риска развития ВТЭО приводят к снижению частоты ТГВ и ТЭЛА.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Lindblad B., Sternby N.H., Bergqvist D. Incidence of venous thromboembolism verified by necropsy over 30 years // Br. Med. J. – 1991. – Vol. 302. – P. 709-711

2 Nordstrom M., Lindblad B., Bergqvist D. et al. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population // J. Intern. Med. – 1992. – Vol. 232. – P. 155-160

3 Khan M.G., Palmer L.B. Pulmonary embolism // Pulmonary disease diagnosis and therapy. A practical approach / Eds. M.G. Khan, J.P. Luch. – Baltimore: Williams and Wilkins. – 1997. – P. 585-601

4 Anderson F.A., Wheeler H.B., Goldberg R.J. et al. A population based Perspective of the hospital incidence and case – fatalite rats of deep vein thrombosis and pulmonary embolism // Arch. Intern. Med. – 1991. – Vol. 151. – P. 933-938

5 Sasahara A.A., Sharma G.V., Barsamian E.M. et al. Pulmonary tromboembolism // JAMA. – 1983. – Vol. 249. – P. 2945-2949

6 Бокарев И.Н., Попова Л.В., Козлова Т.В. Тромбозы и противотромботическая терапия в клинической практике. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 519 с.

7 Lindblad B., Sternby N.H., Bergqvist D. Incidence of venous thromboembolism verified by necropsy over 30 years // Br. Med. J. – 1991. – Vol. 302. – P. 709-711

8 Stein P.D., Henry J.W. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy // Chest. – 1995. – Vol. 108. – P. 978-981

9 Панченко Е.П. Роль гепарина в профилактике тромбоза глубоких вен и тромбоза легочной артерии у терапевтических больных // Клиническая медицина. – 2001. – № 3. – С 59-62.

10 Cade J.F. High risc of the critical ill for venous thromboembolism // Crit Care Med – 1982. – Vol. 10 – P.448-450

11 Nicolaides A.N., Bergqvist D., Hull R. et al. Prevention of VTE international: concensus statement (guidelines according to scientific evidence) // Int Angiol. – 1997. – Vol. 16. – P.3-38

12 Howell M.D., Geraci J.M., Knowlton A.A. Congestive heart failure and outpatient risk of venous thromboembolism: a retrospective, case-control study // J.Clin. Epidemiol. – 2001; 54; p. 810- 816

13 Moser K.M., Le Moine J.R., Nachtwey F.J. et al. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism: frequency in a respiratory intensive care unit // J.A.M.A. – 1981; 246: p. 1422-1424 (Abstract)

14 Cade J. F. High risk of the critical ill for venous thromboembolism // Crit. Care Med. – 1982; 10: P. 448-450

15 Goldberg S.K., Lippmann M.L., Walkenstein M.D. et al. The prevalence of DVT among patients in respiratory failure: the role of DVT prophylaxis (abstract) // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 1996; 153, P. A94

16 Kapoor M., Kupfer Y.Y., Tessler S. Subcutaneous heparin prophylaxis significantly reduces the incidence of venous thromboembolic events in the critically ill (abstract) // Crit. Care Med. – 1999; 27 (suppl): P. A.69

17 Fraisse F., Holzapfel L., Couland J. – M. et al. Nadroparin in prevention of deep vein thrombosis in acute decompensated COPD // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 2000; 161, P. 1109-1114

18 Кемпбелл И.А., Феннерти А., Миллер А. Руководство Британского торакального общества по ведению больных с предпологаемой тромбозомией легочных артерий // Пульмонология. – 2005. – № 4. – С. 19-39

19 Антитромботическая и тромболитическая терапия. Рекомендации Американской коллегии врачей-специалистов по заболеваниям органов грудной клетки // Chest 2008; 133; 71S-109S.

20 Samama M.M., Cohen A.T., Darmon J.Y. et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patient // N. Engl. J. Med. 1999; 341: 793-800

21 Cohen A.T., Davidson B.L., Gallus A.S. et al. Efficacy and safety of fondaparinux for the prevention of venous thromboembolism in older acute medical patients randomized placebo controlled tria // BMJ. Feb. 11, 2006; 332; 325-329

### ТҰЖЫРЫМ

**Ж.Т. АРТЫКБАЕВ**

*ҚР ДСМ Кардиология және ішкі аурулар ФЗИ, Алматы қ.*

### ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМЕС ПАЦИЕНТТЕРДЕ ВЕНОЗДЫҚ ТРОМБОЭМБОЛИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАР ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Бұл мақала клиникалық медицинаның актуальды мәселесі – веноздық тромбоземболиялық асқынуларға арналған (ВТА). Терапевтік пациенттерде қауып факторларының эпидемиологиясы, миокард инфаргмен, жүрек жетіспеушілігімен, өкпенің созылмалы ауыруларымен, инсультпен және төсектік жағдайда ұзақ жататын науқастарда, сонымен қатар ұзақ авиаұшуда және саяхаттарда ВТА жетлуі. Осы патологиялық жағдайларда ВТА алдын алу шаралары туралы жаңа ұсыныстар жасалған.

**Негізгі сөздер:** венозды тромбоземболикалық асқынулар (ВТЭА), профилактика, гепарин.

### SUMMARY

**Zh.T. ARTYKBAEV**

*Institute of Cardiology and Internal Diseases of the Health Ministry of Kazakhstan, Almaty c.*

### VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN NON SURGICAL PATIENTS AND ITS PREVENTION

This work is devoted to the actual problem of clinical medicine – venous thromboembolic complications (VTEC). In this work the epidemiology, risk factors of its occurrence in patients who had prolonged bed regimen and immobilization with myocardium infarction, heart failure, cerebral stroke, and chronic lung disease are described. In this work also included study of venous thromboembolic complications occurrence in people during long air trip and voyages. This work provides modern recommendations of VTEC prevention in different pathologic conditions.

**Key words:** Venous thromboembolic complications (VTEC), prevention, heparin.