

З мэтай адраджэння незаслужана забытай медыцынскай лексікі і быў створаны “Дыялектны слоўнік медыцынскіх тэрмінаў Беларусі”. Дадзены слоўнік з’яўляецца першай спробай стварыць даведнік, у якім змяшчаюцца дыялектызмы медыцынскага характару ў іх сучасным выглядзе. Слоўнік ставіць за мэту паказаць “залаты запас” беларускай медыцынскай тэрміналогіі, які ўтрымлівае дыялектная лексіка, а таксама дапамагчы арыентавацца маладым спецыялістам у галіне медыцыны пры працы з насельніцтвам у розных мясцовасцях Беларусі. Асноўны матэрыял для слоўніка сабраны шляхам дэталёвага аналізу як рэгіянальных дыялектных слоўнікаў, так і слоўнікаў, якія сваім лексічным матэрыялам ахопліваюць больш шырокія дыялектныя зоны Беларусі: паўночна-заходнюю, цэнтральную і сярэднебеларускія гаворкі інш.

Агульная картатэка слоўніка налічвае каля 500 картак-слоў. Слоўнік уключае толькі медыцынскі пласт лексікі: назвы хвароб, лекаў, лекавых траў, дзеяння і паняцці медыцыны.

Безумоўна, памылковым стала бы імкненне замяніць усю запазычаную тэрміналогію дыялектнымі словам гаворак, але, аналізуючы частотнасць выкарыстання таго ці іншага тэрміна, тэрытарыяльныя межы яго выкарыстання, можна выбраць пэўную групу ўласнабеларускіх тэрмінаў, якія будуць актыўна запатрабаваны ў галіне медыцыны.

ЛІТАРАТУРА

1. Дыялектны слоўнік медыцынскіх тэрмінаў Беларусі : для студэнтаў лячэбнага, педыятрычнага, медыка-псіхалагічнага, медыка-дыягнастычнага факультэтаў/ В. І. Варанец.– Гродна : ГрДМУ, 2016.– 76 с.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ИЗ БАССЕЙНА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕГО ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ

*Васильчук Л. Ф., Черний В. А., Антоненко С. П.,
Иоскевич Н. Н., Василевский В. П.*

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненская областная клиническая больница*

Актуальность. Нерешенной проблемой хирургии является лечение острых тромбозов в системе внутренней сонной артерии

(ВСА) [3]. Его следствием является развитие ишемического инсульта, ведущего к ограничению физической и социальной активности пациентов [1]. Традиционные хирургические вмешательства при остром тромбозе в системе ВСА в большинстве случаев не осуществимы [2]. Перспективным методом лечения данного состояния является выполнение малоинвазивных эндососудистых вмешательств, одним из которых является селективный тромболизис.

Целью настоящего исследования явился анализ ранних результатов селективного тромболизиса из бассейна ВСА при его остром тромбозе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 13 больных с острым тромбозом в системе ВСА поступивших в экстренном порядке в УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Из них мужчин было 9, женщин 4. В возрасте от 40 до 50 лет оперированы 2 пациента, от 50 до 60 лет – 4, старше 60 лет – 7. Все госпитализированные больные имели клинику гемипареза, в том числе в одном случае с моторной и сенсорной афазией. В анамнезе у 2 пациентов отмечались транзиторные ишемические атаки в каротидном бассейне.

Селективный тромболизис проводился в течение первого часа с момента госпитализации пациентов и в сроки от 3-х до 4,5 часов с момента развития острого тромбоза в системе ВСА.

Выбор метода анестезиологического пособия при проведении селективного тромболизиса определялся тяжестью состояния пациента. Так, в 6 случаях операция осуществлялась под местным обезболиванием, в 4 – под общим обезболиванием, в 1 - под спинно-мозговой анестезией, в 2 - под комбинированной анестезией. Интрадьюсер устанавливался в общую бедренную артерию после чего селективно катетеризировалось устье заинтересованной общей сонной артерии. Через него на проводнике проводился микрокатетер к месту тромбоза и осуществлялся селективный внутриартериальный тромболизис. По завершении манипуляции интрадьюсер фиксировался к коже с помощью шва. На рану накладывалась асептическая повязка.

Выполнению селективного тромболизиса предшествовало выполнение МРТ (у 7 больных) или КТ (у 6 больных) головного мозга, церебральной ангиографии с использованием контрастного вещества «Оптирей 350» или «Омнипак-350». Были выявле-

ны: тромботическая окклюзия перикаллезной ветви в А2 сегменте (1 больной); тромб в дистальном сегменте вертебральной артерии слева (1 больной); тромбоз сегмента М1 средней мозговой артерии (СМА) (1 больной); окклюзия ВСА дистальнее глазничной артерии справа (1 больной); окклюзия СМА слева тотчас дистальнее трифуркации (1 больной); дефект наполнения (тромб) в М2 сегменте правой СМА (1 больной); тромбоз СМА за трифуркацией справа (1 больной); тромбоз обеих передних соединительных артерий до середины А1 сегмента (1 больной); тромбоз в терминальном отделе ВСА (1 больной); дефект наполнения (тромб) в М2 сегменте левой СМА (1 больной); тромботическая окклюзия правой ВСА в супраклиноидном отделе с редукцией антеградного кровотока ТICI 0, тромботическая окклюзия М1 сегмента правой СМА (1 больной); тромботическая окклюзия правой ВСА в супраклиноидном отделе с редукцией антеградного кровотока, тромботическая окклюзия М1 сегмента левой СМА (1 больной); протяженная экстракраниальная окклюзия ВСА до интракавернозного сегмента (1 больной).

В ходе манипуляции первоначально внутриаптериально болюсом вводилось 5 мг тканевого активатора плазминогена Actilize – Boehringer Ingelheim. Затем дополнительно медленно в течение 45 минут вводилось еще 15 мг препарата. Общая длительность селективного тромболизиса колебалась от 1 до 3 часов и составила: до часа в одном случае, до 2 часов – в 5, до 3 часов – в 7.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Результатом тромболизиса явилось восстановление двигательной активности и купирование сенсорной афазии к моменту завершения операции. По завершению манипуляций больные переводились для дальнейшего лечения в специализированное отделение больницы, где им проводилось общепринятое консервативное лечение ишемических инсультов. Дополнительно назначалась антикоагуляционная терапия гепарином 1 тыс. ЕД-час в течение трех суток под контролем АЧТВ (целевое АЧТВ 40-55) с последующим переводом на непрямые антикоагулянты: варфарин (целевое МНО 2,5-3).

Полученные нами результаты показывают, что в настоящее время арсенал методов лечения острого тромбоза в бассейне ВСА должен быть расширен за счет более широкого применения ма-

лоинвазивных эндоваскулярных вмешательств. Вместе с тем, проведение подобного эндоваскулярного хирургического вмешательства требует соблюдения быстрой прецизионной техники его выполнения [2, 3].

Выводы. Селективный тромболизис является эффективным методом лечения острого тромбоза ВСА и интракраниальных артерий. Однако для получения эффективных результатов операции крайне важно добиться сокращения времени с момента развития острого тромбоза до начала проведения тромболизиса в ангиографическом кабинете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тул, Д.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга / Д.Ф. Тул. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 487 с.
2. Хеннерици, М.Дж. Инсульт: клиническое руководство / М.Дж. Хеннерици, Ж. Богуславски, Р.Л. Сакко. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 452 с.
3. Gurm, H.S. Long-term results of carotid stenting versus endarterectomy in high-risk patients / H.S. Gurm, P. Fayad, B.T. Katzen // N. Engl. J Med. – 2008. – 10: 358(15). – С. 1572-1579.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Ващенко В.В., Полынский А.А, Цилиндзь И.Т., Белоус П.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из наиболее распространенных форм сердечно-сосудистых заболеваний на сегодняшний день, после ишемической болезни сердца и ишемического поражения головного мозга, является облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) [1]. Данной патологией страдает около 3% популяции взрослого населения [5]. Неуклонное прогрессирование данной патологии приводит к хронической или острой ишемии конечности или её сегмента с исходом в постоянный болевой синдром, а затем в гангрену [4].

Немаловажным аспектом данной патологии является высо-