

2. Савицкий, С. Э. Стентграфтинг в хирургическом лечении аневризматической трансформации брюшной аорты / С. Э. Савицкий, А. Т. Цилиндзь, Л. Ф. Васильчук, В. П. Василевский, А. И. Кардис, Н. Н. Иоскевич, Д. В. Черный, Б. И. Почобут, А. В. Труханов, П. А. Горячев // Гродненской областной клинической больницы 60 лет. Через инновации – к успеху: материалы науч.-практ. конф. – Гродно, 2009. – С. 528-531.

3. Parodi, K. Endovascular stent-graft treatment of traumatic arterial lesions / K. Parodi, C. Schonholz, L. Ferreira // Ann Vasc. Surg. – 1999. – V. 13. – P. 121-129.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В БАССЕЙНЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Васильчук Л. Ф., Иоскевич Н. Н., Черный В. А., Василевский В. П.

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь*

Введение. Ишемический инсульт вследствие тромботической окклюзии в системе внутренней сонной артерии (ВСА) составляет 22-25% от всех инсультов [1]. Его лечение – все еще нерешенная проблема современной медицины. Результаты прямых артериальных реконструкций при данном заболевании далеки от совершенства, также как и последствия общепринятого медикаментозного лечения [1, 2]. В связи с этим назрела необходимость в разработке новых технологических подходов в лечении тромбоза в бассейне ВСА. Одним из таких перспективных направлений может оказаться внутриаартериальный селективный тромболизис.

Целью настоящего исследования стал анализ ранних ближайших и отдаленных результатов селективного тромболизиса в бассейне ВСА при его остром тромбозе.

Материал и методы исследования. Селективный тромболизис проводился 13 пациентам с острым нарушением артериального кровообращения в системе внутренней сонной артерии при ее тромбозе. Пациенты госпитализировались в экстренном порядке в УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Из них мужчин – 9, женщин 4. В возрасте от 40 до 50 лет было 2 чел., от 50 до 60 – 4 чел., старше 60 – 7 человек. У всех поступивших имелась клиника гемипареза, в том числе в одном случае с моторной и сенсорной афазией. В анамнезе в двух случаях отмечались транзиторные ишемические атаки в каротидном бассейне, лечение которых проводилось медикаментозно.

Перед вмешательством всем пациентам выполнялось или КТ (7 чел.) или МРТ (6 чел.) головного мозга с целью уточнения характера острого

нарушения артериального кровоснабжения (ишемия, геморрагия), а также объема поражения. Селективный тромболизис осуществлялся в течение первого часа с момента госпитализации пациентов. Манипуляция производилась под местным обезболиванием в 6 случаях, под общим обезболиванием – в 4, под спинномозговой анестезией – в 1 и под комбинированной анестезией – в 2. Устанавливался интрадьюсер в общую бедренную артерию, селективно катетеризировались устье левой общей сонной артерии или брахиоцефальный ствол. Через него на проводнике проводился микрокатетер к месту тромбоза и выполнялась церебральная ангиография с применением контрастного вещества «Оптирей 350» или «Омнипак-350». Выявлены: тромботическая окклюзия перикаллезной ветви в А2 сегменте (1 пациент); тромбоз в дистальном сегменте вертебральной артерии слева (1 пациент); тромбоз средней мозговой артерии (СМА) слева (5 пациентов), в том числе М1 сегмента (2), М2 сегмента (1), за трифуркацией СМА (2); тромбоз СМА справа (2 пациента: М1 сегмент (1), М2 сегмент (1)); тромботическая окклюзия ВСА (4 пациента: дистальные отделы ВСА справа (2), дистальные отделы ВСА слева (2), в том числе с тромбозом обеих передних соединительных артерий до середины А1 сегмента (1 случай). После получения ангиографической картины системы ВСА осуществлялся селективный внутриартериальный тромболизис тканевым активатором плазминогена Actilizae – Boehring Ingelheim. Первоначально препарат вводился болюсно в дозе 5 мг. Затем еще 15 мг в течение 45 минут. По завершении манипуляции интрадьюсер фиксировался к коже с помощью шва, на рану накладывалась асептическая повязка.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Результатом манипуляции стало восстановление двигательной активности и купирование сенсорной афазии к моменту завершения тромболизиса. По завершению манипуляций пациенты переводились в отделение интенсивной терапии, а затем – в специализированное отделение больницы для проведения общепринятого консервативного лечения ишемических инсультов. Дополнительно им назначалась антикоагуляционная терапия гепарином 1 000 ЕД в час в течение трех суток под контролем АЧТВ (целевое АЧТВ 40-55) с последующим переводом на непрямые антикоагулянты (варфарин с целевым МНО 2,5-3). В раннем послеоперационном периоде умерли 3 пациента. Были выписаны на амбулаторное лечение в компенсированном состоянии – 9 человек. При обследовании пациентов в сроки от 1 до 5 лет послеоперационного периода в 8 случаях отмечено полное восстановление двигательной активности и речи. В одном случае сохраняется частичный левосторонний гемипарез и частичная моторная афазия.

Полученные нами результаты показывают, что селективный тромболизис тканевым активатором плазминогена Actilizae – Boehring Ingelheim – может рассматриваться как перспективный метод лечения пациентов с острым нарушением артериального кровообращения в бассейне

ВСА. Однако для достижения оптимальных результатов манипуляции необходимо активизировать санитарно-просветительную работу среди населения о необходимости незамедлительного обращения за квалифицированной медицинской помощью при появлении первых признаков острого нарушения артериального кровоснабжения головного мозга. Кроме того, следует четко организовать работу всех заинтересованных звеньев медицинской службы для соблюдения временных интервалов проведения системного тромболизиса (до 3 часов с момента наступления тромбоза) и селективного (до 6 часов).

Выводы. Селективный внутриартериальный тромболизис тканевым активатором плазминогена Actilizea – Boehring Ingelheim – может рассматриваться как достаточно эффективный малоинвазивный метод лечения острого тромбоза в бассейне ВСА. Вместе с тем для получения более эффективных результатов манипуляции необходимо добиться сокращения времени от момента развития острого тромбоза ВСА и ее интракраниальных ветвей до начала его проведения. Немаловажное значение имеет разработка оптимальной схемы медикаментозного лечения пациентов в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Хайбуллин Т. Н. Рациональная терапия и профилактика мозгового инсульта // Семья. – 2011. – С. 102-110.
2. McMonagle M., Stephenson M., Vascular and Endovascular Surgery at a Glance // John Wiley Sons. – 2014. – С. 45-51.

НОВЫЙ АЛГОРИТМ ИНДИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

**Величко А. В.¹, Зыблев С. Л.², Зыблева С. В.¹,
Дундаров З. А.², Силин А. Е.¹**

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

² УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Гомель, Беларусь

Введение. Инфекции мочевых путей – наиболее частые инфекционные осложнения у пациентов после трансплантации почки, которые встречаются у 26-61% пациентов. У реципиентов почечного трансплантата инфекция мочевых путей проявляется бактериальной колонизацией и изолированным присутствием бактерий в образце мочи при отсутствии клинических проявлений. В связи с иммуносупрессивной терапией, стертостью клинических проявлений диагностика инфекционно-воспалительных