

содержания до уровня ниже порога обнаружения используемого метода концентрации фосфоэтаноламина, а также  $\gamma$ -аминомасляной кислоты, являющейся важнейшим тормозным нейромедиатором центральной нервной системы.

**Выводы.** В ходе работы было показано изменение концентрации некоторых аминокислот в плазме крови при однократном воздействии экстракта сигаретного дыма *in vitro*.

#### Литература:

1. Стожаров, А.Н. Медицинская экология: учеб. пособие / А.Н. Стожаров. – Минск: Выш.шк., 2007.–368 с.
2. H. K. Biesalski, B. B. de Mesquita, A. Chesson, F. Chytil, R. Grimble, R. J. Hermus, J. Kohrle, R. Lotan, K. Norpoth, U. Pastorino and D. Thurnham European Consensus Statement on Lung Cancer: Risk Factors and Prevention // *A Cancer journal for clinicians*. — 1998. — № 48(3).
3. Клиса, С.Д. Свободные аминокислоты и их производные в качестве показателей метаболического дисбаланса при злокачественных новообразованиях /С.Д. Клиса // Зоологические чтения 2012: Матер. Респ. науч.-практич. конференции (Гродно, 2-4 марта 2012 г.) / Гродн. гос. ун-т им. Я.Купалы; ред.: О.В. Янчуревич [и др.]. – Гродно:ГрГМУ, 2012 – С. 69-70.

#### Summary

### THE INFLUENCE OF CIGARETTE SMOKE EXTRACT ON THE AMINO ACID POOL OF HUMAN BLOOD PLASMA IN VITRO

Klisa S.D., Sarosek V.G.

*Grodno State Medical University*

Today in the world there is an acute problem of bad habits. It was established that smoking increases the risk of many serious diseases such as pneumonia, coronary artery disease, can be cause of irritation of the mucous membranes of the upper respiratory tract and eyes, reduced lung function etc. In the process of burning of tobacco there are about 600 different chemical compounds that belong to carcinogenic, radioactive compounds, promoters of tumors etc.

### ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Котов С.И., Иоскевич Н.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*neuclear95@gmail.com*

**Введение.** Острый тромбоз в бассейне внутренней сонной артерии является достаточно распространенной сосудистой патологией. Его частота составляет 2 случая на 1000 населения в год. Смертность от инсульта в

экономически развитых странах составляет 12-20% и стоит на втором месте, уступая лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций. Ишемический инсульт составляет 70-85% случаев от всех инсультов, половина всех инсультов развивается у людей старше 70 лет [1, 2]. Лечение ишемических инсультов наиболее эффективно в условиях специализированного отделения, в котором имеются необходимые современные консервативные и хирургические технологии, медицинский персонал, инфраструктура.

Фармакотерапия пациентов, перенесших ишемический инсульт, включает в себя: тромболитики (фибринолизин, актилизе, стрептокиназа), антикоагулянты (гепарин, фраксипарин, надропарин), средства, разжижающие кровь (аспирин, кардиомагнил), вазоактивные препараты (пентоксифиллин, винпоцетин, трентал, сермион), антиагреганты (плавикс, тиклид), ангиопротекторы (этамзилат, продектин), нейротрофики (пирацетам, церебролизин, ноотропин, глицин), антиоксиданты (витамин Е, витамин С, милдронат) и в большинстве случаев не оказывает желаемого терапевтического эффекта, что, собственно, и требует разработки новых методов лечения ишемических инсультов [3]. К исходам острых тромбозов можно отнести: смерть пациента в острой стадии заболевания в 25-30% случаев, а к концу первого года жизни – в более, чем 50%; среди выживших пациентов 80% нуждаются в посторонней помощи из-за наличия параличей, парезов, нарушения координации движений, дисфункции речи; лишь 20% пациентов могут вернуться к прежней работе.

Более обнадеживающим в этом плане является хирургическое вмешательство. Основными методами хирургического лечения острого тромбоза в бассейне ВСА являются каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) и каротидная ангиопластика со стентированием (КАС) [4].

Однако оптимальный метод лечения острого тромбоза в бассейне ВСА до настоящего времени не найден. Перспективными в этом плане вероятно могут явиться малоинвазивные рентгенэндоваскулярные вмешательства. Одним из них является селективный тромболизис.

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

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов с острым тромбозом в системе ВСА, поступивших в экстренном порядке в УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Из них мужчин - 9, женщин - 4. Средний возраст пациентов составил 53 года: от 40 до 50 лет было 2 человека, от 50 до 60 – 4 человека, старше 60 – 7 человек.

**Результаты и их обсуждение.** Все госпитализированные пациенты имели клинику гемипареза, в том числе в одном случае с моторной и сенсорной афазией. В анамнезе у 2 пациентов отмечались транзиторные ишемические атаки. Селективный тромболизис проводился в течение первого часа с момента госпитализации пациентов. Применялись следующие виды обезболивания: местное – в 6 случаях, общее – в 4, спинно-мозговая анестезия – в 1 случае, комбинированная анестезия – в 2 случаях. Интрадьюсер устанавливался в

общую бедренную артерию, селективно катетеризировались устье левой общей сонной артерии или брахиоцефальный ствол. Через интрадьюсер на проводнике проводился микрокатетер к месту тромбоза и осуществлялся селективный внутриартериальный тромболизис. По завершении интрадьюсер фиксировался к коже швом, а на рану накладывалась асептическая повязка. Перед выполнением селективного тромболизиса выполнялась церебральная ангиография с применением контрастного вещества «Оптирей 350», «Омнипак-350». Были выявлены: 1) тромботическая окклюзия перикаллезной ветви в А2 сегменте (1 больной) 2) тромб в дистальном сегменте verteбральной артерии слева (1 больной) 3) тромбоз сегмента М1 средней мозговой артерии (СМА) (1 больной) 4) окклюзия ВСА дистальнее глазничной артерии справа (1 больной) 5) окклюзия СМА слева тотчас дистальнее трифуркации (1 больной) 6) дефект наполнения (тромб) в М2 сегменте СМА (1 больной) 7) дефект наполнения (тромб) в М2 сегменте левой СМА (1 больной) 8) тромбоз обеих передних соединительных артерий до середины А1 сегмента (1 больной) 9) тромбоз в терминальном отделе ВСА (1 больной) 10) тромботическая окклюзия правой ВСА в супраклиноидном отделе с редукцией антеградного кровотока ТICI 0, тромботическая окклюзия М1 сегмента правой СМА (1 больной) 11) тромботическая окклюзия правой ВСА в супраклиноидном отделе с редукцией антеградного кровотока, тромботическая окклюзия М1 сегмента левой СМА (1 больной) 12) тромбоз СМА за трифуркацией справа (1 больной) 13) протяженная экстракраниальная окклюзия ВСА до интракавернозного сегмента (1 больной). В ходе селективного тромболизиса внутриартериально болюсом вводился тканевой активатор плазминогена Actilize – Boehring Ingelheim в дозе 5мг. Затем еще 15 мг в течение 45 минут. Длительность манипуляции составила: до часа в одном случае, до 2 часов – в 5, до 3 часов – в 7. Осложнений в ходе выполнения хирургического вмешательства не наблюдалось.

В результате к моменту завершения манипуляции у всех пациентов восстановилась двигательная активность и купировалась моторная афазия. По завершению манипуляций пациенты были переведены для дальнейшего лечения в специализированное отделение больницы, где им проводилось общепринятое консервативное лечение ишемических инсультов. Дополнительно назначалась антикоагулянтная терапия гепарином 1 тыс. Ед/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). После окончания раннего послеоперационного периода 10 пациентов были выписаны на амбулаторное лечение, 3 умерло от прогрессирования основного заболевания. При обследовании пациентов в сроки от 1 до 5 лет в 9 случаях отмечено полное восстановление двигательной активности и речи. В одном случае сохраняется частичный левосторонний гемипарез и частичная моторная афазия.

**Вывод.** Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что селективный тромболизис является эффективным методом лечения острого тромбоза ВСА и интракраниальных артерий. Для получения эффективных результатов

манипуляции крайне важно добиться сокращения времени с момента развития острого тромбоза до поступления больного в ангиографический кабинет.

#### Литература:

1. Хеннерици М.Дж., Богуславски Ж., Сакко Р.Л. Инсульт: клиническое руководство / Хеннерици М.Дж., Богуславски Ж., Сакко Р.Л. // МЕДпресс-информ. – 2008. – С. 7-13.
2. Тул. Д.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга / Тул Д.Ф. // ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – С. 52-57.
3. Engelter S.T., Frank M., Lyrer P. Safety of Pharmacological Augmentation of Stroke Rehabilitation // Eur Neurol. - 2010. - № 64. - С. 325-330.
4. Gurm H.S., Yadav J.S., Fayad P., Katzen B.T. et al. Long-term results of carotid stenting versus endarterectomy in high-risk patients / Gurm H.S., Yadav J.S., Fayad P., Katzen B.T. et al. // N. Engl. J Med. – 2008. – 10:358(15). – С. 1572-1579.

#### Summary

### PROSPECTS OF THE USE OF REGIONAL THROMBOLYSIS IN THE ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISORDER TREATMENT

Kotov S.I., Ioskeyvich N.N.

*Grodno state medical university*

Ischemic stroke is rather common clinical condition that has severe consequences. Nowadays there is no ideal cure to this pathology. Regional trombolisys is a perspective and effective treatment method of the acute cerebral circulation disorder.

### МЕСТО НЕХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Коцур А.В., Батаев С.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, г.Гродно*

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г.Гродно*

*batai4@mail.ru*

**Введение.** В современной литературе отображено огромное количество различных способов лечения пролапса тазовых органов, в частности ректоцеле, выпадение матки и влагалища [1,2,3,4]. Известные методы лечения варьируют от консервативных (постановка пессариев и лечебной физкультуры) до сложнейших малоинвазивных висцеропексий (с использованием лапароскопической техники и аллогенных имплантов). Несмотря на это проблема лечения пролапса тазовых органов остаётся весьма актуальной. Выпадение прямой кишки, выпадения матки и влагалища, патологии ректовагинальной перегородки, ректоцеле, эвенто- и цистоцеле и их сочетания, с большим спектром клинических проявлений, в том числе различных степеней инконтиненции, ведут к снижению трудоспособности и значительно влияют на