

Введение

Широкая распространенность инсульта, значительная частота его развития, высокий процент инвалидизации и смертности обуславливают высокую медицинскую и социальную значимость данного заболевания. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25–30 % пациентов, к концу первого года жизни — больше половины. Среди выживших до 80 % пациентов, в той или иной степени нуждаются в посторонней помощи из-за параличей, нарушения координации, речи. Лишь 20 % возвращаются к прежней работе.

Системная тромболитическая терапия (ТЛТ) с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA), согласно рекомендациям Европейской инсультной организации — ESO (класс доказательности 1(A) и Американской инсультной ассоциации — ASA (класс доказательности 1(B)), является наиболее безопасным и эффективным методом реперфузионной терапии при ишемическом инсульте (ИИ) в первые 4,5 ч от начала развития симптоматики.

Цель

Провести анализ результатов лечения у пациентов с ИИ при использовании ТЛТ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 30 пациентов с ИИ, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации (ОАРИТ) ГКБ № 3 и ГИОВ г. Гомеля за период сентября 2012 г. – ноября 2018 г. Степени неврологического дефицита оценивалась по шкале инсульта NIHSS. Всем пациентам при поступлении в стационар выполняли компьютерную томографию (КТ) головного мозга; для уточнения локализации инфаркта и подтверждения диагноза КТ проводилась повторно. ТЛТ терапия у всех пациентов проводилась с использованием rt-PA (Actilyse) внутривенно в дозе 0,9 мг/кг (10 % в виде болюса в течение минуты, остальная часть вводилась в течение часа). Статистическую обработку данных проводили с использованием программного обеспечения «Statistica» 12.6.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $62,6 \pm 10,68$ лет, среди которых было 27 (90 %) мужчин. Было зарегистрировано 28 (93,3 %) случаев артериальной гипертензии (АГ), 23 (76,6 %) случая ИБС, в том числе 22 (73,3 %) случая сочетания АГ и ИБС, 3 (10 %) случая сахарного диабета (СД) II типа. Среди патогенетических вариантов ИИ были диагностированы: атеротромботический инфаркт — у 13 (43,3 %) пациентов; кардиоэмболический инфаркт — у 7 (23,3 %) пациентов; ИИ неуточненной этиологии — у 10 (33,3 %). Медиана суммарного балла по шкале инсульта NIHSS при поступлении в стационар составила 12 (от 5 до 22 баллов). Неврологические нарушения легкой степени (NIHSS 3–8) наблюдались в 27 % ($n = 8$) случаев, средней степени (NIHSS 9–12) — у 30 % ($n = 9$) пациентов, тяжелой (NIHSS 13–15) — 7% ($n=2$), крайне тяжелой степени (NIHSS 16–34) — 36 % ($n = 11$). Всем пациентам реперфузионная терапия была выполнена в пределах 4,5-часового терапевтического окна. Срок от проявления первых признаков заболевания до перевода в отделение реанимации составил от 60 до 205 минут (Me — 120).

К концу первых суток от начала ТЛТ у 43 % (n = 13) пациентов отмечалось значительное восстановление очаговых неврологических функций (уменьшение суммарного балла по шкале инсульта NIHSS на ≥ 4). У 27 % (n = 8) пациентов к 24 ч от начала ТЛТ наблюдалась слабо выраженная положительная динамика (уменьшение на < 4 баллов). 20 % (n = 6) больных в первые сутки оставались без динамики. Медиана суммарного балла по шкале инсульта NIHSS к концу первых суток после начала ТЛТ составила 8 (от 0 до 18 баллов).

Осложнения проявились у 5 (16,6 %) пациентов в виде вторичного геморрагического пропитывания вещества головного мозга.

Летальный исход произошел у 10 % (n = 3) пациентов. Причиной смерти послужил отек головного мозга, в двух случаях он сопровождался геморрагической трансформацией. У двоих из этих пациентов при поступлении были выявлены неврологические нарушения крайне тяжелой степени (NIHSS = 18). Во всех случаях отрицательной динамики по шкале NIHSS не наблюдалось, у 2-х в первые сутки было зафиксировано небольшое снижение балла. Все умершие пациенты имели в анамнезе ИБС в сочетании с АГ 2–3 степени, а у двоих сопутствующим заболеванием был также СД II типа.

Все 27 выписанных из стационара пациентов имели реабилитационный потенциал и были направлены на дальнейшее лечение.

Заключение

Тромболитическая терапия, в соответствии со структурой заболеваемости, чаще проводилась пациентам мужского пола старше 60 лет, у большинства пациентов имелось сочетание артериальной гипертензии и ИБС.

Время от начала заболевания до поступления в ОАРИТ в среднем составило 2 ч.

30-дневная летальность была отмечена в 10 % случаев.

В большинстве случаев отмечалось уменьшение суммарного балла по шкале инсульта NIHSS уже в первые сутки после ТЛТ.

УДК 617.58-009.7

ИЗОЛИРОВАННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА. ЗНАЧЕНИЕ А-ВОЛНЫ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ (клинический случай)

Кобылко О. В.

Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Изолированный болевой синдром в нижних конечностях представляет собой актуальную проблему в клинической медицине. Болевой синдром может быть ноцицептивным, при котором причиной являются патологические процессы непосредственно в тканях самой голени, а также невропатическим при поражении невральных структур на различных уровнях. А-волны были обнаружены при разных неврогенных нарушениях, но их значение при болевых синдромах не сообщается.

Цель

На примере клинического случая изолированного хронического невропатического болевого синдрома в области голени, обусловленного патологией корешка S1, без болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, бедре, провести оценку