

Показано, что наиболее неблагоприятная радоновая обстановка для Витебской области наблюдается в Россонском, Миорском, Шарковщинском, Глубокском, Докшицком районах, где были зарегистрированы критические зоны радоноопасности со значениями ОА радона вплоть до 400 Бк/м³.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радиация. Дозы, эффекты, риск: пер с англ. Ю.А. Банникова. — М.: Мир, 1990. — 79 с.
2. Радоновый мониторинг Могилевской и Гомельской области Республики Беларусь: отчет о НИР (закл.) / Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины; рук. Э. М. Крисюк. — СПб., 1992. — 205 с.
3. Отчет о НИР (закл.) / Объединенный Институт энергетических и ядерных исследований; рук. О.И. Ярошевич. — Минск; Областной Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; рук. В. Н. Бортновский. — Гомель, 2005. — 170 с.
4. Karabanov, A. K. Impact of geological structures of Belarus on Radon Concentration in Air Workshop on Natural Radiation and Radon / A. K. Karabanov // Seminar on Radon, Stockholm, SSM, 25–27 January, 2009.
5. Оценка гидрогеологических параметров по данным геофизических исследований в скважинах: метод. руководство / А. В. Беляшов [и др.]. — Минск: Фонды геофизической экспедиции, 2008. — 43 с.
6. Гидрогеологическая карта четвертичных отложений Белорусской ССР / Г. В. Богомолов [и др.]. — Минск, 1963.

УДК 616.831-005.1:615.225.4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИВЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИНФАРКТЕ МОЗГА В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОКГ ИОВ»

Чучвага Т. И.

Научные руководители: *Л. А. Лемешков*; к.м.н., доцент *Н. Н. Усова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема нарушений мозгового кровообращения сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой из развития, высоким процентом инвалидизации и смертности. Тромболитическая терапия (ТЛТ) — наиболее эффективный метод реперфузии при инфаркте мозга (ИМ), т. к. позволяет предотвратить или минимизировать объем и тяжесть поражения головного мозга. Данный метод лечения направлен на восстановление кровотока в зоне его критического снижения — ишемической полутени, в которой сохраняется жизнеспособность нейронов в течение нескольких часов (период «терапевтического окна») после окклюзии артерии. Восстановление кровотока при успешном тромболлизе предотвращает дальнейшую гибель нейронов в области пенумбры и, соответственно, уменьшает степень конечного неврологического дефицита. На сегодняшний день наиболее эффективным и безопасным является проведение ТЛТ с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (Актилизе).

Цель

Оценка терапевтической эффективности, переносимости и безопасности ТЛТ с использованием Актилизе у пациентов в остром периоде инфаркта мозга в У «ГОКГ ИОВ».

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни 14 пациентов, которым проводилась системная ТЛТ с применением Актилизе за период июль 2012 – октябрь 2015 гг. на базе ОАРИТ, неврологического отделения № 1 Учреждения «ГОКГ ИОВ». В оценку включались следующие показатели: возраст, пол, патогенетический вариант ИМ согласно классификации TOAST, локализация ИМ, время от начала ИМ до поступления в стационар, время от поступления до начала ТЛТ (от двери до иглы), балл по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) при поступлении и через 24 ч. ТЛТ проводили в течение первых 3,5 ч после развития ИМ, и если после нее степень неврологического дефицита в течение 24 ч уменьшалась на ≥ 3 балла по шкале инсульта NIHSS, то результаты терапии расценивали как «драматическое улучшение».

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинических случаев по вышеперечисленным критериям представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика случаев ТЛТ

№	Возраст, годы	Пол	Патогенетический вариант ИМ (TOAST)	Сосудистый бассейн	Время от начала ИМ до поступления, мин	Время от «двери до иглы», мин	Балл по шкале NIHSS при поступлении	Балл по шкале NIHSS через 24 ч после ТЛТ
1.	62	М	АТ	ЛКБ	60	60	10	3
2.	59	М	АТ	ПКБ	80	55	11	0
3.	58	М	АТ	ЛКБ	145	25	19	16
4.	65	М	АТ	ПКБ	165	20	11	6
5.	62	М	КЭ	ПКБ	85	40	7	2
6.	73	М	АТ	ПКБ	100	40	10	2
7.	60	М	КЭ	ПКБ	80	20	10	4
8.	67	М	АТ	ЛКБ	75	75	15	12
9.	57	М	АТ	ЛКБ	70	50	17	18
10.	50	М	АТ	ЛКБ	150	20	16	10
11.	65	М	АТ	ЛКБ	75	25	17	12
12.	71	М	АТ	ПКБ	90	120	18	7
13.	59	М	АТ	ЛКБ	155	40	10	9
14.	80	М	КЭ	ВББ	70	60	6	3

Примечание. М — мужской; АТ — атеротромботический; КЭ — кардиоэмболический; ЛКБ — левый каротидный бассейн, ПКБ — правый каротидный бассейн, ВББ — вертебробазилярный бассейн.

Все пролеченные пациенты были мужского пола, средний возраст составил 63 года. До начала ТЛТ неврологический дефицит колебался от 6 до 19 баллов (в среднем $12,6 \pm 5,5$ балла) по шкале NIHSS. Время от манифестации ИМ до поступления пациента в стационар составило в среднем 100 мин., а время от появления первых симптомов заболевания до начала введения актилизе в среднем равнялось 145 мин. Обращает на себя внимание очень хороший показатель времени от момента, когда пациент поступил в больницу, до начала внутривенного введения актилизе — от 20 до 120 мин. В результате системной внутривенной ТЛТ «драматическое улучшение», или значимая положительная динамика (уменьшение неврологического дефицита на ≥ 3 балла по шкале инсульта NIHSS), наблюдалось у 12 (86 %) из 14 пациентов. В этой группе неврологическая симптоматика по шкале инсульта NIHSS регрессировала в среднем на 5,3 балла к концу первых суток с момента клинической манифестации ИМ.

Летальность в группе пациентов получавших ТЛТ составила 14,3 % (умерло 2 из 14). Фатальный исход был связан с увеличением зоны ишемии и геморрагической трансформацией инфаркта. Прогрессирование ИМ с дальнейшим нарастанием неврологического дефицита и увеличением очага ишемии без развития геморрагической трансформации не наблюдалось.

Выводы

Таким образом, анализ полученных результатов показывает эффективность внутривенной ТЛТ и необходимости ее внедрения в рутинную практику работы сосудистых отделений. При этом успешность данного метода лечения ИМ в период «терапевтического окна» связана с соблюдением единых критериев отбора пациентов и протоколов их ведения после тромболизиса, но с учетом особенностей каждого наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение инсульта: рекомендации / РНПЦ неврологии и нейрохирургии; авт.-сост. С. А. Лихачев [и др.]. — Минск, 2008. — 70 с.
2. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией нервной системы // Здоровоохранение. — 2009. — № 4. — С. 62–74.
3. Методические материалы для проведения системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте [Электронный ресурс] / Кафедра неврологии Гродн. гос. мед. ун-та. — Гродно, 2009.
4. Системная тромболитическая терапия при инфаркте мозга: рекомендации для врачей / РНПЦ неврологии и нейрохирургии МЗ РБ; авт.-сост. С. А. Лихачев [и др.]. — Минск, 2009. — 27 с.
5. Суслина, З. А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 256 с.