

- tion of Dupuytren disease. *Voprosy rekonstruktivnoi i plasticheskoi khirurgii*. 2018;21(2):50–61. (In Russ.)
- Зубков М.А., Андрейченко А.Е., Кретов Е.И., и др. МР-томография в сверхвысоком поле: новые задачи и новые возможности // *Успехи физических наук*. — 2019. — Т.189. — №12. — С. 1293–1314. [Zubkov MA, Andreichenko AE, Kretov EI, et al. Ultrahigh field magnetic resonance imaging: new frontiers and possibilities in human imaging. *Uspekhi Fizicheskikh Nauk*. 2019;189(12):1293–1314. (In Russ).] Doi: 10.3367/ufnr.2018.12.038505.
 - Кирсанов В.А., Бордуков Г.Г., Половинко В.В. Анализ эффективности плазмотерапии при лечении энтезопатий верхней конечности. В сб.: *Технологические инновации в травматологии, ортопедии и нейрохирургии: интеграция науки и практики*. — Саратов: Амирит, 2019. — С. 116–119. [Kirsanov VA, Bordukov GG, Polovinko VV. Analiz effektivnosti plazmoterapii pri lechenii entezopatii verkhnei konechnosti. In: *Tekhnologicheskije innovatsii v travmatologii, ortopedii i neirokhirurgii: integratsiya nauki i praktiki*. Saratov: Amirit; 2019. P. 116–119. (In Russ).]
 - Кириллова Э.Р., Лапшина С.А., Мясоедова Л.И., и др. Подходы к объективизации поражения периапартулярных тканей // *Практическая медицина*. — 2008. — №1. — С. 11–14. [Kirillova ER, Lapshina SA, Myasoutova LI, et al. Podkhody k ob»ektivizatsii porazheniya periartikulyarnykh tkanei. *Prakticheskaya meditsina*. 2008;(1):11–14. (In Russ).]
 - Кундер Е.В. Реактивный артрит // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. — 2015. — №6. — С. 46–63. [Kunder EV. Reaktivnyi artrit. *Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'e*. 2015;(6):46–63. (In Russ).]
 - Труфанов Г.Е., Пчелин И.Г., Пашникова И.С. *Лучевая диагностика повреждений голеностопного сустава и стопы*. Руководство. 2-е изд. — СПб.; 2014. — 368 с. [Trufanov GE, Pchelin IG, Pashnikova IS. *Lučevaya diagnostika povrezhdenii golenostopnogo sustava i stopy*. Rukovodstvo. 2nd ed. St. Petersburg; 2014. 368 p. (In Russ).]
 - Хитров Н.А. Локальная инъекционная терапия поражения параартикулярных тканей // *Хирургия*. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2017. — №11. — С. 44–50. [Khitrov D. Local injection therapy of damage of paraarticular tissue. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2017;(11):44–50. (In Russ).] Doi: 10.17116/hirurgia20171144-50.
 - Шутов Ю.М., Шутова М.З., Новиков Н.Д. и др. Оптимальное лечение эпикондилита плеча // *Journal of Siberian Medical Sciences*. — 2015. — №3. — С. 47. [Shutov YuM, Shutova MZ, Novikov ND, et al. Optimum treatment of epicondylitis of brachium. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2015;(3):47. (In Russ).]
 - Abate M, Carlo LD, Salini V, Schiavone C. Metabolic syndrome associated to non-inflammatory Achilles enthesopathy. *Clin Rheumatol*. 2014;33(10):1517–1522. Doi: 10.1007/s10067-014-2524-3.
 - Arend CF. Role of sonography and magnetic resonance imaging in detecting deltoideal acromiointerosseous ligament tears in the diagnosis of spondyloarthritis and an under-recognized cause of posterior shoulder pain. *J Ultrasound Med*. 2014;33(4):557–561. Doi: 10.7863/ultra.33.4.557.
 - Benjamin M, McGonagle D. The enthesis organ concept and its relevance to the spondyloarthropathies. *Adv Exp Med Biol*. 2009;649:57–70. Doi: 10.1007/978-1-4419-0298-6_4.
 - Dennis MG, Kay-Geert AH, Ai LT. Differentiation between osteoarthritis and psoriatic arthritis: implications for pathogenesis and treatment in the biologic therapy era. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(1):29–38. Doi: 10.1093/rheumatology/keu328.
 - Gleb S, Itzhak R. Enthesis as a target organ in rheumatic diseases: an expanding frontier. *Clin Rheumatol*. 2017;36(10):2163–2165. Doi: 10.1007/s10067-017-3749-8.
 - Juneja SC, Defects in tendon, ligament, and entheses in response to genetic alterations in key proteoglycans and glycoproteins: a review. *Arthritis*. 2013;2013:4812. Doi: 10.1155/2013/154812.
 - Wang X, Xie L, Crane J. Aberrant TGF- β activation in bone tendon insertion induces enthesopathy - like disease. *J Clin Invest*. 2018;128(2):846–860. Doi: 10.1172/JCI96186.

СОЧЕТАННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ

Бочаров А.В.*, Блинов А.А.

ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.», Кострома

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.35.57.030

Резюме. Случай успешного одномоментного интервенционного лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST и острого каротидного синдрома

Ключевые слова: острый коронарный синдром, острый каротидный синдром, транзиторная ишемическая атака, клинический случай.

В настоящее время заболевания системы кровообращения прежде всего ИБС и острое нарушение мозгового кровообращения являются главными причинами смертности населения в РФ

CLINICAL CASE OF A COMBINED STRATEGY FOR TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME AND TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK

Bocharov A.V.*, Blinov A.A.

Kostroma Regional Clinical Hospital named after Korolev E.I., Kostroma

Abstract. The case of successful simultaneous intervention treatment of acute coronary syndrome with ST segment elevation and acute carotid syndrome

Keywords: acute coronary syndrome, acute carotid syndrome, transient ischemic attack, clinical case.

[1]. Согласно рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий Европейского общества кардиологов в группе больных с гемодинамически значимым поражением бра-

хиоцефальных артерий диагностируется значимое атеросклеротическое поражение коронарного русла примерно в 50% случаев [2], сравнимые данные приводят и в других исследованиях [5; 6]. Про-

* e-mail: bocharovav@mail.ru

блема выбора методов реваскуляризации и последовательности их применения не решена до сих пор. Так в рекомендациях по реваскуляризации миокарда Европейского общества кардиологов указывается о необходимости определения стратегии лечения у таких больных решением мультидисциплинарной врачебной бригады с учетом индивидуальных особенностей.

Пациент 57 лет, доставлен в Региональный сосудистый центр (РСЦ) ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. При поступлении жалобы на слабой интенсивности болевой синдром в области сердца в течение 2 часов, возникших на фоне интенсивной физической нагрузки. В анамнезе: длительное время страдает гипертонической болезнью, терапии не получает, рабочие цифры артериального давления 160/100 мм рт.ст. На догоспитальном этапе получил клопидогрел

300 мг и ацетилсалициловую кислоту 125 г перорально, гепарин 4000 Единиц в/в и инфузию нитроглицерина в/в капельно. Тромболитическая терапия не выполнялась в связи с отказом пациента. Доставлен в палату интенсивной терапии (РСЦ) в состоянии средней тяжести, кожные покровы обычные, сознание ясное. Пульс = 112 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. Артериальное давление = 150/90 мм рт.ст. Неврологический статус без особенностей, парезов и патологических рефлексов нет. На ЭКГ определяется повреждение миокарда в зоне передней стенки в виде диагностически значимой элевации сегмента ST в отведениях (Рис. 1).

По экстренным показаниям больной доставлен в рентгеноперационную, где через правый лучевой доступ выполнена селективная коронарография, по результатам которой визуализированы тромботическая окклюзия проксимальной части передней нисходящей артерии

(Рис. 2–3), стеноз 60% проксимальной половины огибающей артерии (Рис. 3) и стеноз 60% средней трети правой коронарной артерии (Рис. 4). Выполнена реканализация тромботической окклюзии «рабочим» негидрофильным проводником (Рис. 3) и затем прямое стентирование коронарным стентом с лекарственным покрытием 3 поколения «Калипсо» (производитель Ангиолайн, Россия) диаметром 3,5 мм и длиной 28 мм, давлением 16 атмосфер. Получен хороший ангиографический результат, полностью восстановлен кровоток в бассейне передней нисходящей артерии (Рис. 5).

В течение выполнения реваскуляризации передней нисходящей артерии параметры гемодинамики оставались стабильными, нарушений ритма зафиксировано не было.

По окончании реваскуляризации коронарного русла операционная бригада заметила у пациента левосторонний гемипарез, в операционную вызван невролог РСЦ, который подтвердил наличие неврологического дефицита в правом каротидном бассейне. Консилиумом было принято решение о немедленном выполнении ангиографии брахиоцефальных артерий и артерий головного мозга, по результатам которой выявлена дискретная окклюзия правой внутренней сонной артерии (Рис. 6). Другие брахиоцефальные артерии, а также артерии головного мозга визуализированы без патологии.

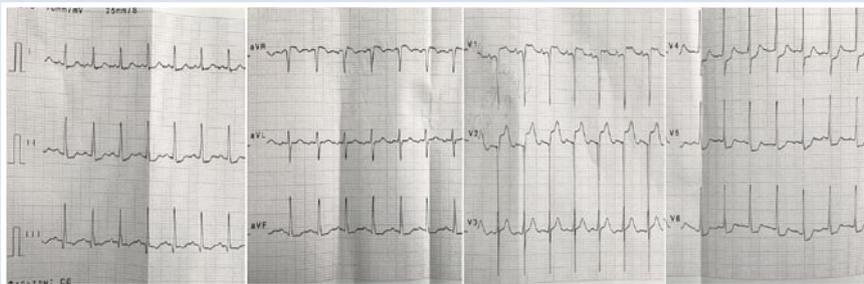


Рис. 1. ЭКГ пациента при поступлении в РСЦ.

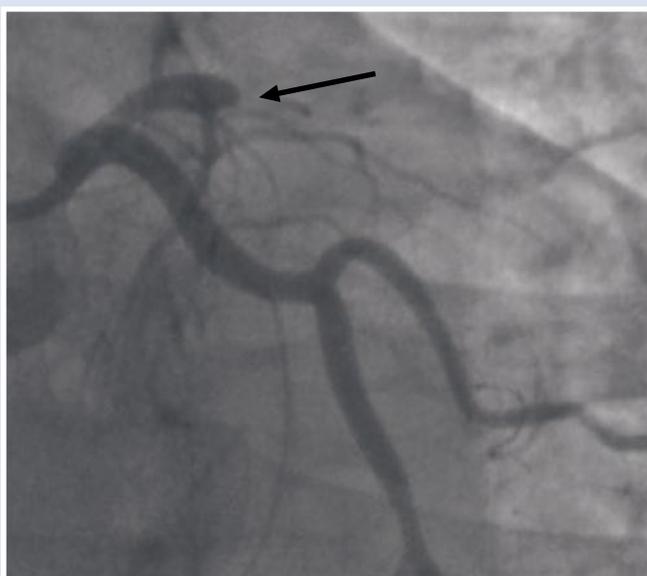


Рис. 2. Селективная коронарография левой коронарной артерии. Черной стрелкой указана тромботическая окклюзия передней нисходящей артерии.

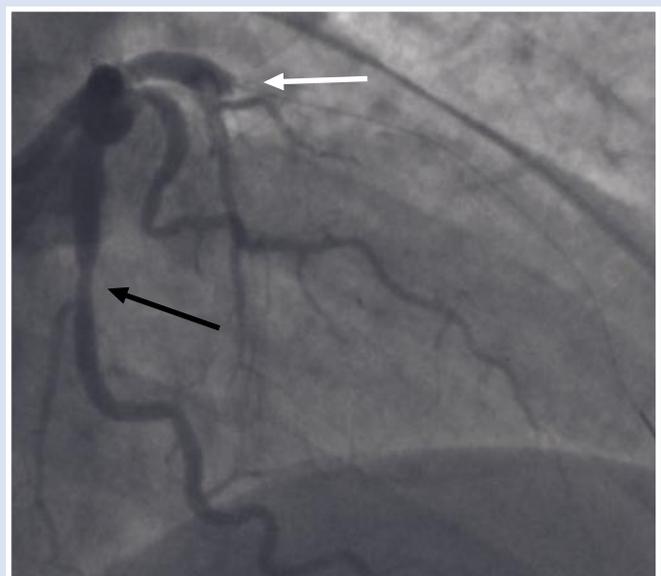


Рис. 3. Селективная коронарография левой коронарной артерии. Черной стрелкой указан стеноз огибающей артерии, белой стрелкой – реканализация передней нисходящей артерии проводником.

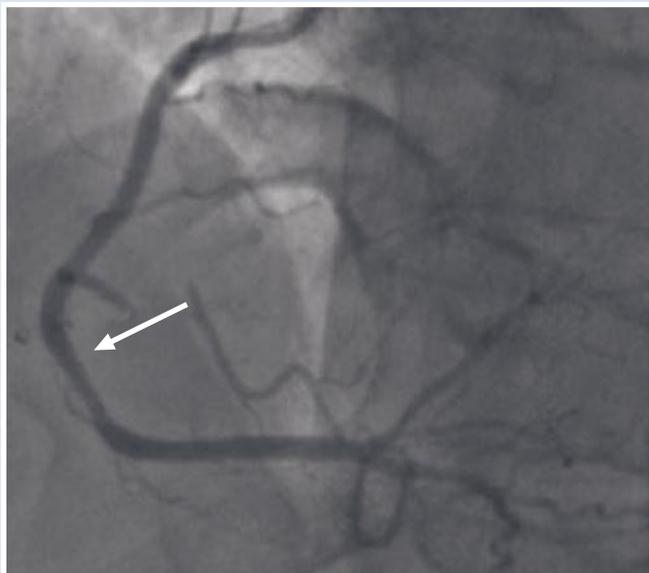


Рис. 4. Селективная коронарография правой коронарной артерии. Стрелкой указан стеноз в средней трети артерии.



Рис. 5. Селективная коронарография левой коронарной артерии после стентирования передней нисходящей артерии.

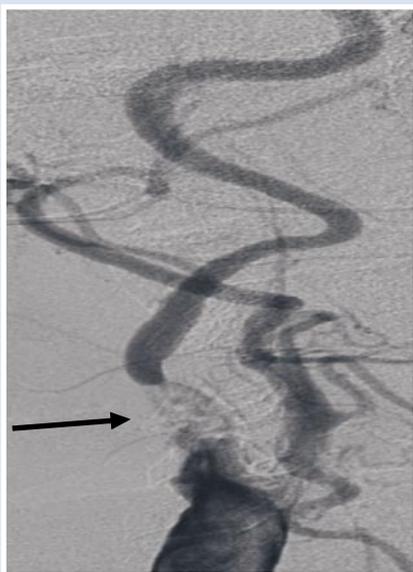


Рис. 6. Ангиография правой сонной артерии. Стрелкой указана дискретная окклюзия правой внутренней сонной артерии.



Рис. 7. Ангиография правого каротидного бассейна после стентирования.

Выполнено стентирование правой внутренней сонной артерии нитиноловым самораскрывающимся стентом с применением системы защиты головного мозга от эмболии. Кровоток в данном бассейне полностью восстановлен (Рис. 7). Неврологический дефицит полностью регрессировал на операционном столе.

В дальнейшем получал терапию согласно стандартам. Выписан в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. rosinfostat.ru [интернет] Росстат. Статистика смертности по данным Росстат. [Rosstat. Statistika smertnosti po dannym Rosstat. (In Russ).] Доступно по <https://rosinfostat.ru/smertnost/#1-7>. Ссылка активна на 18.06.2020.
2. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink ME, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with European Society for Vascular Surgery (ESVS): document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. *Eur Heart J.* 2018;39(9):763–816. Doi: 10.1093/eurheartj/ehx095.
3. Naylor AR, Mehta Z, Rothwell PM, Bell PR. Carotid artery disease and stroke during coronary artery bypass: a critical review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002;23(4):284–294. Doi: 10.1053/ejvs.2002.1609.
4. Hertzner NR, O'Hara PJ, Mascha EJ, et al. Early outcome assessment for 2228 consecutive carotid endarterectomy procedures: the Cleveland Clinic experience from 1989 to 1995. *J Vasc Surg.* 1997;26(1):1–10. Doi: 10.1016/s0741-5214(97)70139-3.