

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ОНМК

Черняков И.С.*, Винцовский С.Г.,
Вахитов К.М., Шацман И.Г.ГБУ здравоохранения Ленинградская
областная клиническая больница,
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.62.12.029

ACUTE STROKE MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT (CASE REPORT)

Chernyakov I.S.*, Vinckovskij S.G., Vahitov K.M., Shacman I.G.

Leningrad Region Clinical Hospital, Saint-Petersburg

Abstract. The article presents the case report of a successful treatment of the patient with acute stroke and tandem internal carotid artery lesion.**Keywords:** stroke, ICA stenosis, MCA occlusion, tandem ICA lesion, thrombectomy, carotid endarterectomy.**Резюме.** В публикации представлен опыт лечения пациента в острой фазу ОНМК, с tandemным поражением интра- и экстракраниального отделов внутренней сонной артерии.**Ключевые слова:** инсульт, стеноз ВСА, окклюзия СМА, tandemное поражение ВСА, тромбэкстракция, каротидная эндартерэктомия.

Введение

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является основной причиной инвалидизации и смерти пациентов во всем мире, и, как правило, обусловлено окклюзией экстра-, интракраниальных артерий тромбом либо эмболом [7].

Тромболитическая терапия t-PA (тканевой активатор плазминогена) наряду с эндоваскулярной механической тромбэкстракцией являются рекомендованными методами лечения пациентов с данным типом поражения [4; 9].

При этом, до 10–15% ОНМК обусловлено также наличием стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) более 50% на стороне поражённого артериального бассейна [8], в связи с чем выполнение хирургического лечения – каротидной эндартерэктомии (КЭА), значительно снижает риск повторных неврологических событий, возникающих в ранние сроки даже на фоне оптимальной медикаментозной терапии [5].

Пациент С., 64 года, слесарь-сантехник, госпитализирован в региональный сосудистый центр ГБУЗ ЛОКБ 28.07.2018 г. в 10:30. Со слов родственников 28.07.2018 г. проснулся в 8:30 утра, но не смог встать с кровати из-за ощущения «неловкости» в правой руке и ноге. При поступлении в стационар осмотрен дежурным неврологом – смешанная афазия, правосторонняя гемиплегия (NIHSS 14 баллов, Rankin 4 балла). Ранее за медицинской помощью не обращался, какой-либо медикамен-

тозной терапии не принимал. Известно, что страдал гипертонической болезнью, длительный стаж курения.

Обследован, выполнена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) брахиоцефальных артерий на экстра- и интракраниальном уровне, диагностирован стеноз левой ВСА до 75% (по шкале NASCET), окклюзия средней мозговой артерии (СМА) по данным транскраниальной доплерографии (ТКДГ). Также выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга с контрастированием экстра- и интракраниальных сосудов.

По результатам МСКТ подтверждено наличие стеноза левой ВСА до 80%, окклюзия СМА в М1 сегменте.

Учитывая отсутствие очага по данным МСКТ, наличие тромбоза (эмболии) М1 сегмента СМА принято решение о выполнении эндоваскулярной тромбэкстракции.

Выполнена контрольная селективная ангиография, подтверждён стеноз ВСА (Рис. 1), а так же окклюзия (эмболия) М1 СМА слева (Рис. 2).

Катетером Sofia (MicroVention, Teguino) выполнено два пассажа, получены тромбоземболы, просвет артерии полностью восстановлен (Рис. 3), кровотоки ТICI 3.

На момент окончания операции отмечался регресс неврологического дефицита, практически полный регресс афазии.

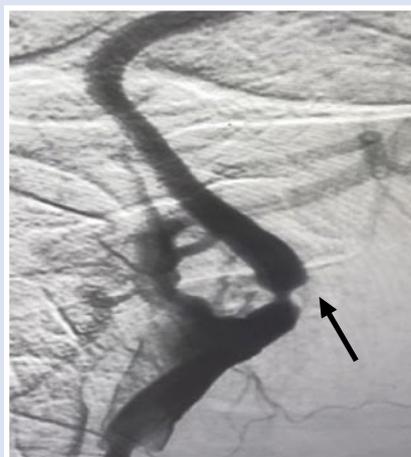


Рис. 1. Стеноз левой ВСА.



Рис. 2. Окклюзия М1 сегмента СМА слева.

* e-mail: chernyakovis@gmail.com



Рис. 3. Восстановленный просвет СМА.

Пациент переведён в ПИТ для продолжения консервативной терапии (Гепарин 1000 Ед/час в/в под контролем АЧТВ), на 3-е сутки переведён на приём дезагрегантной терапии (Клопидогрел 75 мг в сутки).

При контрольной МСКТ на 2-е сутки послеоперационного периода – без свежих очаговых изменений и признаков геморрагической трансформации.

Учитывая наличие ипсилатерально-го стеноза ВСА 02.08.2018 г. (на 5-е сутки) вторым этапом выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия слева под эндотрахеальным наркозом. Нейро-мониторинг во время пережатия ВСА осуществлялся методом измерения инфракрасной церебральной оксиметрии аппаратом Somanetics Invo5 Oximeter – показаний к постановке временного обходного шунта не было.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан из стационара на 4-е сутки послеоперационного периода. Рекомендован приём антиагрегантной терапии – препараты АСК 100 – 150 мг в сутки, приём статинов, гипотензивная терапия (иАПФ, β-блокаторы).

На момент выписки определялись: NIHSS 2 балла, Rankin 2 балла, Ривермид 10 баллов, Бартел 90 баллов.

При контрольном осмотре на 30-е сутки – зона операции без особенностей.

По данным УЗДГ, ТКДГ – кровотока по ВСА, СМА восстановлен, без признаков рестеноза и затруднённой перфузии.

Неврологический статус – незначительная слаженность носогубной складки справа. В остальном без очагового неврологического дефицита.

Обсуждение

На протяжении многих лет единственным способом лечения ОНМК и его последствий была медикаментозная терапия, а профилактика – основным методом борьбы.

Так первые результаты рандомизированного исследования по использованию метода тромболитика опубликованы в 1995 г. [13]. Несмотря на множество исследований, проводившихся впоследствии, результаты их не были столь оптимистичны, так как более чем у половины пациентов не наблюдалось клинически значимого положительного результата [15]. При этом, применение системной тромболитической терапии (ТЛТ) имеет значительное количество ограничений, а также достаточно узкое терапевтическое окно – доказана эффективность метода в течение первых 3-х часов после начала симптомов (класс рекомендаций IA), а применении через 3–4,5 часа – класс рекомендаций IIB, B-NR [3].

Частота реканализации терминальной части ВСА составляет всего лишь 4,4%, М1 сегмента СМА – 32,3%, М2 сегмента СМА – 30,8%, а основной артерии (ОА) всего в 4%. Обращает на себя внимание общая доля успешных реканализаций, которая составляет всего лишь 21,3%, а, следовательно, и низкая частота благоприятного клинического исхода (т.е. mRs 0-2), что в свою очередь диктовало поиск более эффективных методов лечения, в частности хирургических внутрисосудистых методов [1].

Переломным стал 2015 г., когда одновременно были опубликованы результаты различных рандомизированных клинических исследований, в которых сравнивалось применение системного тромболитика и внутриартериальной ТЛТ в сочетании с тромбэкстракцией из церебральных артерий (MR CLEAN, ESCAPE, EXTEND-IA, SWIFT-PRIME, REVASCAT, THERAPY, THRACE). Все эти исследования наглядно демонстрируют неоспоримые преимущества эндоваскулярного хирургического метода лечения. Так, хороший клинический исход (mRs 0-2) наблюдался всего лишь в 32,1% случаев применения системного тромболитика, при этом в 43% – при использовании локального тромболитика в сочетании с эндоваскулярной тромбэкстракцией, даже если неврологическая симптоматика возникла в течение 12 часов до момента начала лечения [10].

Наибольший интерес представляют результаты исследования DAWN, в котором терапевтическое окно составляло от 6 до 24 часов, и при этом была диагно-

стирована окклюзия одной из крупных ветвей внутримозговых артерий. Так, до 49% пациентов после выполненной тромбэкстракции не имели каких-либо функциональных нарушений к 90-м суткам наблюдения, при этом всего лишь 13% больных в группе применения системного тромболитика [9].

При этом, до 30–50% ОНМК вызваны различным видом атероземболизма, большое число которого обусловлено наличием атеросклеротического поражения экстракраниальных артерий, в частности каротидной бифуркацией. [6] Приблизительно у 30–40% пациентов перенёсших ОНМК ранее отмечались проявления транзиторной ишемической атаки (ТИА) либо малого инсульта, что, при своевременном обращении, даёт возможность к хирургической профилактике [11]. В исследовании Tsantalos P. et al., риск возникновения инсульта после впервые возникшей неврологической симптоматики составлял 6,4% в первые 2–3 суток, 19,5% в течение 7 дней, и до 26% в течение 14 суток [14].

Согласно анализу данных метаанализа исследований ECST и NASCET, наибольшая эффективность от хирургического лечения у «симптомных» больных наблюдалась при его выполнении в течение 14 суток после перенесённого ОНМК. Абсолютное снижение риска повторных неврологических событий в этот срок составляло 23%, и значительно уменьшалось при задержке времени операции уже до 7,9–7,4% в срок от 4–12 недель и позднее [2].

Также существует мнение о необходимости выполнять эндартерэктомию в течение 2-х дней при наличии «симптомного» гемодинамически значимого стеноза у неврологически стабильных пациентов. Однако, клинические результаты срочной каротидной ЭАЭ не однозначны, ввиду потенциально высокого риска периоперационных осложнений. В настоящее время опубликовано лишь небольшое количество исследований с малым числом включённых пациентов [12].

Таким образом, хирургические методы лечения заняли свою нишу в лечении больных перенёсших ОНМК. Своевременная госпитализация пациента в специализированный стационар, мультидисциплинарный подход в диагностике и терапии ОНМК позволяет добиться максимального клинического эффекта. Однако, единого мнения по поводу метода хирургического лечения тандемных поражений ВСА на экстра- и интракраниальном уровне в настоящее время нет, что делает эту тему весьма актуальной.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Bhatia R, Hill MD, Shobha N, et al. Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke: real-world experience and a call for action. *Stroke*. 2010;41(10):2254–2258. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.592535.
- Department of Health. The national stroke strategy [Internet]. London, UK: COI; 2007 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104224925/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_081059.pdf.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3):e46–e110. doi: 10.1161/STR.000000000000158.
- Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870–947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a.
- Johansson EP, Arnerlov C, Wester P. Risk of recurrent stroke before carotid endarterectomy: the ANSYSCAP study. *Int J Stroke*. 2013;8(4):220–227. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00790.x.
- Marnane M, Duggan CA, Sheehan OC, et al. Stroke subtype classification to mechanism-specific and undetermined categories by TOAST, A-S-C-O, and causative classification system: direct comparison in the North Dublin population stroke study. *Stroke*. 2010;41(8):1579–1586. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.575373.
- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(4):e29–322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
- Naylor AR. Why is the management of asymptomatic carotid disease so controversial? *Surgeon*. 2015;13(1):34–43. doi: 10.1016/j.surge.2014.08.004.
- Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. 2018;378(1):11–21. doi: 10.1056/NEJMoa1706442.
- Rodrigues FB, Neves JB, Caldeira D, et al. Endovascular treatment versus medical care alone for ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016;353:i1754. doi: 10.1136/bmj.i1754.
- Rothwell PM, Buchan A, Johnston SC. Recent advances in management of transient ischaemic attacks and minor ischaemic strokes. *Lancet Neurol*. 2006;5(4):323–331. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60694-7.
- Salem MK, Sayers RD, Bown MJ, et al. Rapid access carotid endarterectomy can be performed in the hyperacute period without a significant increase in procedural risks. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41(2):222–228. doi: 10.1016/j.ejvs.2010.10.017.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 1995;333(24):1581–1587. doi: 10.1056/NEJM1995-12143332401.
- Tsantilas P, Kühnl A, Kallmayer M, et al. Stroke risk in the early period after carotid related symptoms: a systematic review. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2015;56(6):845–852.
- Wardlaw JM, Murray V, Berge E, et al. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD000213. doi: 10.1002/14651858.CD000213.pub3.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ДРОВОВЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

Епифанов С.А.*¹, Скуредин В.Д.¹,
Чикорин А.К.¹, Крайнюков П.Е.²

¹ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

² ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.52.90.030

Резюме. Приведены клинические особенности дробовых огнестрельных ранений челюстно-лицевой области (ЧЛО) и их ключевые отличия от пулевых огнестрельных ранений. Данные особенности обуславливают сложность хирургического лечения этой категории пациентов и требуют комплексного междисциплинарного подхода.

Ключевые слова: огнестрельные дробовые ранения, травма ЧЛО.

В настоящее время в России зарегистрировано около 7 млн. единиц огнестрельного оружия у гражданских лиц. В подавляющем большинстве случаев

FOLLOW-UP RESULTS OF SHOTGUN WOUNDS TO MAXILLA-FACIAL REGION

Epiphonov S.A.*¹, Skureidin V.D.¹, Chikorin A.K.¹, Krainukov P.E.²

¹ Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

² RUDN university, Moscow

Abstract. The article describes clinical features of shotgun wounds to maxilla-facial region and the way it differs from bullet wounds. These key features mean that the assessment process is very complex and needs interaction between different specialists.

Keywords: shotgun wound, maxilla-facial region trauma.

это охотничье огнестрельное оружие с гладким стволом, предназначенное для стрельбы патронами с дробовым или картечным зарядом. Федеральный закон

«Об оружии» не запрещает использовать данную категорию оружия в целях самообороны. Недавние трагические события в Керчи указывают, что законно купленное

* e-mail: epiphonoff@gmail.com