

ОТСРОЧЕННАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПРИ СЕЛЕКТИВНОМ ТРОМБОЛИЗИСЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Голубев В. Г.¹, Пасечникова Е. А.², Кадомцев Д. В.³

¹Голубев Владислав Григорьевич – студент;

²Пасечникова Елизавета Александровна – студент;

³Кадомцев Дмитрий Вадимович – студент,
лечебный факультет,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Аннотация: описан клинический случай поздней реканализации при проведении селективного тромболитического лечения. Селективная тромболитическая терапия проводится во временной промежуток от 3 до 6 часов от появления признаков неврологического дефицита. Данный вид терапии подразумевает внутриартериальное введение фибринолитика с целью лизирования тромба и восстановления проходимости окклюзированного сосуда. В данной статье приводится пример клинической ситуации проведения внутриартериального тромболитического лечения, первые признаки реперфузии при которой были отмечены лишь через полтора часа после проведения процедуры. В дальнейшем отмечался устойчивый регресс неврологической очаговой симптоматики (NIHSS=1 и шкала Рэнкина =1).

Ключевые слова: инсульт, тромболитическое лечение, активация.

DELAYED RECANALIZATION DURING SELECTIVE THROMBOLYSIS (CLINICAL CASE)

Golubev V.¹, Pasechnikova E.², Kadomtsev D.³

¹Golubev Vladislav – student;

²Pasechnikova Elizaveta – student;

³Kadomtsev Dmitry Vadimovich – student,
MEDICAL FACULTY,

FEDERAL STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION
KUBAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, KRASNODAR

Abstract: describes a clinical case of late recanalization in the conduct of selective thrombolysis. Selective thrombolytic therapy is performed in the time interval from 3 to 6 hours from onset of signs of neurological deficit. This type of therapy involves intraarterial fibrinolytic with the aim of lizirovania of the thrombus and restore patency of the vessel occlusion. This article provides an example of a clinical situation of holding intra-arterial thrombolysis, the first signs of reperfusion in which there had been only an hour and a half after the procedure. In the future, has been a steady regression of neurological focal symptomatic (NIHSS=1 and Rankin scale =1).

Keywords: stroke, thrombolysis, activate.

УДК 616.8-085.2/3

Нельзя отрицать важное социально-медицинское значение ишемического инсульта в наши дни. Инфаркт головного мозга можно охарактеризовать как первостепенно социальную проблему – в последние годы достаточно высок процент данной патологии, в том числе и у лиц молодого возраста [4]. В контексте данной проблемы наиболее важным представляется вопрос времени затраченного на доставку пациенту в ближайший сосудистый центр для проведения тромболитической терапии. На сегодняшний день существуют такие методы реперфузии как системный тромболитический и эндоваскулярные техники (механический и селективный тромболитический). В зависимости от времени прошедшего с момента развития симптоматики инсульта возможно применение тех или иных способов реперфузии: в течение первых 3 часов от начала развития неврологического дефицита – системная тромболитическая терапия, от 3 до 6 часов и более – селективный тромболитический и механические способы восстановления проходимости окклюзированного сосуда [3]. Эффективность селективной тромболитической терапии была подтверждена различными исследованиями как зарубежных, так и российских ученых [2].

Пациентка 70 лет службой скорой медицинской помощи была доставлена в ГБУЗ НИИ им. Профессора Очаповского. На момент поступления находилась в сознании, неврологический статус: сенсомоторная афазия, правосторонний центральный прозопарез, грубый правосторонний гемипарез. По шкале NIHSS состояние пациентки оценивалось, как тяжелый инсульт (NIHSS=18). По данным компьютерной томографии отмечались лейкоареоз и признаки сосудистой энцефалопатии. Помимо вышеуказанных исследований была проведена церебральная ангиография, которая позволила

установить: 1. Устьевую окклюзию нижнего ствола средней мозговой артерии, 2. Окклюзию передней мозговой артерии в A2 сегменте, 3. Хроническую окклюзию внутренней сонной артерии справа (рисунок 1).

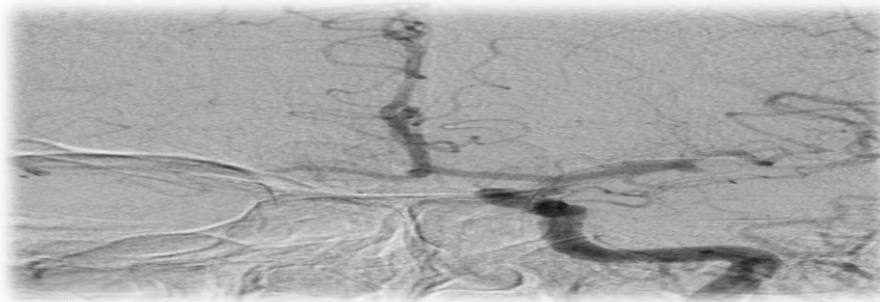


Рис. 1. Данные ЦАГ: устьевая окклюзия нижнего ствола средней мозговой артерии, окклюзия передней мозговой артерии в A2 сегменте, хроническая окклюзия внутренней сонной артерии справа

На основе данных, полученных с помощью оценки неврологического статуса и использования компьютерной томографии, а также такой инвазивной процедуры как церебральная ангиография пациентке был поставлен клинический диагноз: ишемический инсульт в левом каротидном бассейне.

Пациентке с учетом окклюзии двух церебральных артерий (средняя и позвоночная мозговые артерии) было рекомендовано проведение процедуры селективной тромболитической терапии. В данном случае начать лечение с проведения системного тромболитика не представлялось возможным, так как время от возникновения неврологического дефицита составляло более трех часов. Селективный тромболитизис подразумевает под собой интраартериальное введение 20 мг препарата Актилизе в каждый из сосудов.

В течение последующих после проведения процедуры тромболитизиса 1,5 часа сохранялись признаки окклюзии.

В течение 1-х суток после процедуры у данной пациентки был отмечен постепенный регресс очаговой неврологической симптоматики (от 18 до 4 баллов по шкале NIHSS). В течение последующих 4-х суток отмечался полный регресс неврологической очаговой симптоматики. У пациентки были сохранены функции самообслуживания, коммуникации и передвижения

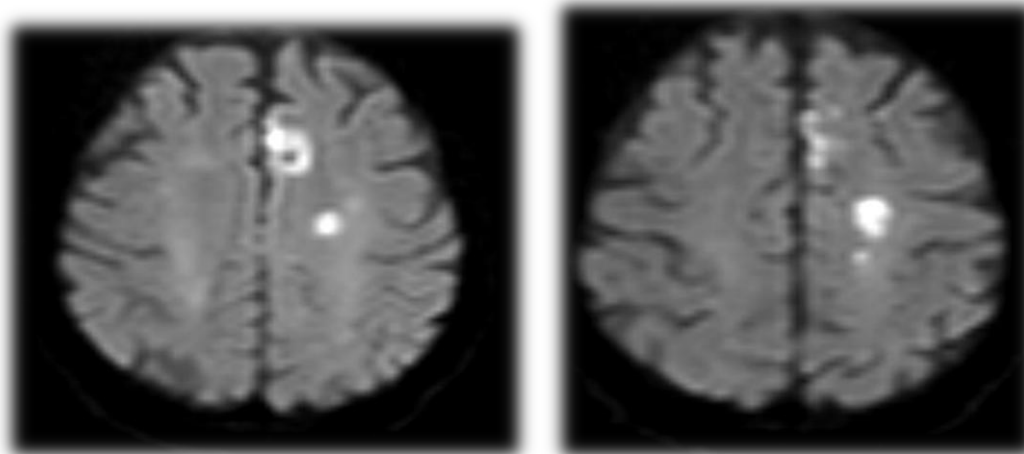


Рис. 2. МРТ на 5-е сутки

На 5-е сутки пациентке была проведена магнитно-резонансная томография, где была заметна ишемия в левой гемисфере (кортикальный и субкортикальный отделы). Проведение контрольной ангиографии брахиоцефальных сосудов состояние пациентки характеризовалось полным регрессом очаговой неврологической симптоматики (NIHSS=1 балл), по шкале Рэнкина незначительное ухудшение дееспособности (1 балл).

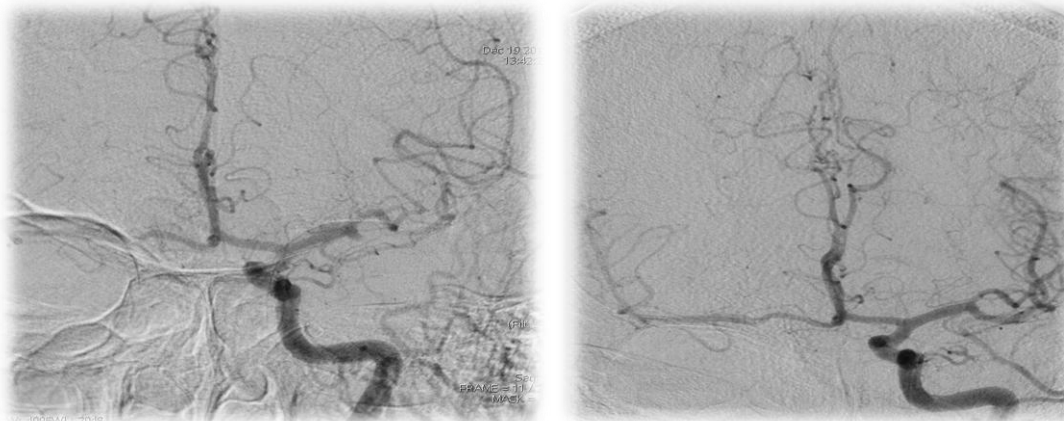


Рис. 3. Ангиография брахиоцефальных сосудов до и после селективного тромболитика

Список литературы / References

1. Шамалов Н. А. и соавт. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте // Неврология, нейропсихиатрия, нейросоматика, 2011. № 3. С. 4-7.
2. Кадомцев Д. В. и соавт. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте. современное состояние проблемы // Современные проблемы науки и образования, 2016. № 4. Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24926/> (дата обращения: 18.12.2016).
3. Кадомцев Д. В., Пасечникова Е. А., Плотникова В. В., Евтых Б. Р., Кочарян В. Э., Завгородняя Н. В., Бельгушева А. Р., Хуако Ф. Ш. Патогенетические особенности течения и основные причины ишемического повреждения головного мозга у лиц молодого возраста // European research, 2016. № 6 (17). С. 104-106.
4. Хакимова Г. А., Расулев Э. Э., Усманхаджаев А. А., Иноятова Ш. Ш. Современный взгляд на многофакторность нарушения мозгового кровообращения // International scientific review, 2016. № 4 (14). С. 254-256.
5. Хлесткина М. С., Суфианов Р. А., Витик А. А. Электрофизиологические корреляты острого нарушения мозгового кровообращения в эксперименте // International scientific review, 2016. № 13 (23). С. 49-54.