

УСПЕШНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ У ДВУХ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Л.А. Цукурова, Л.В. Тимченко, Е.Н. Головки, А.А. Усачев, А.Н. Федорченко, В.А. Порханов

Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского, Региональный сосудистый центр № 2, Россия, 350086, Краснодар, ул. 1 Мая, 167 E-mail: evgeny.golovko@gmail.com

Эффективность и безопасность проведения традиционных хирургических вмешательств — каротидной эндартерэктомии и каротидной ангиопластики в острейшем периоде ишемического инсульта до настоящего времени остается спорным и недоказанным вопросом. Современные рекомендации ограничивают реканализационную терапию использованием системного и селективного тромболизиса, а также тромбоэмбоэктомию. Однако активное применение традиционных хирургических вмешательств позволяет значительно улучшить эффективность оказания помощи пациентам с ишемическим инсультом в первые часы от момента начала заболевания.

Приведен опыт Регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы № 1 (Краснодар) по применению каротидной эндартерэктомии и каротидной ангиопластики в острейшем периоде ишемического инсульта, когда использование отличных от рядовых методов реканализационной терапии полностью оправдало себя и не сопровождалось осложнениями.

Ключевые слова: ишемический инсульт, каротидная эндартерэктомия, каротидная ангиопластика и стентирование.

The effectiveness and safe of ordinary surgical methods (carotid endarterectomy and carotid angioplasty) in acute period of ischemic stroke remain controversial and unproved question till nowadays. The current recommendations restrict the recanalization therapy with the usage of systematic and local thrombolysis as well as thromboembolectomy. However the active usage of ordinary surgical interventions allows significantly improving the treatment effectiveness for ischemic stroke in first hours after disease onset.

We present our experience at the base of Local Vascular Center of Regional Clinical Hospital № 1 (Krasnodar, RF) concerning the usage of carotid endarterectomy and carotid angioplasty for reconstruction of brachiocephalic arteries in acute period of ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke, carotid endarterectomy, carotid angioplasty and stenting.

Церебральный инсульт занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения и является ведущей причиной инвалидизации населения [1, 3]. Ишемические инсульты (ИИ) составляют примерно 80% случаев среди всех видов инсульта [2]. В 40—45% наблюдений развитие ИИ связаны с атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы [3].

Эффективность и безопасность проведения традиционных хирургических вмешательств — каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) и каротидной ангиопластики (КАП) в острейшем периоде ИИ до настоящего времени остаются спорным и недоказанным вопросом и находятся за пределами установленных рекомендаций, несмотря на обнадеживающие результаты отдельных исследований [4—7].

Большинство опасений и вытекающих из этого рекомендаций по срокам оперативного вмешательства связано с опытом донейровизуализационной эры, когда негативный результат операции зачастую был вызван невозможностью достоверно разграничить ишемию от внутримозгового кровоизлияния, проведением операции у пациентов в тяжелом состоянии с глубоким угнетением сознания, а также сложностью пос-

леоперационного контроля интракраниальных тканевых изменений.

Использование и применение методов экстренных КЭАЭ и КАП сдерживается не столько материальной базой, сколько необоснованным опасением последующих осложнений. После ИИ обычно рекомендуют выждать 2—4 нед до проведения операции. Частота повторных ИИ в этот период составляет 21% [4].

Согласно программе совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 2011 г. на базе Краснодарской краевой клинической больницы № 1 (ККБ) была организована работа Регионального сосудистого центра (РСЦ). Наличие круглосуточной неврологической, рентген- и ангио- и нейрохирургической служб позволяет оказывать пациентам с ИИ в первые часы от момента начала заболевания весь комплекс современных методов реканализационной терапии (РТ).

За период работы РСЦ ККБ с 1 января 2011 г., помимо активно применяемых традиционных методов РТ (системный и селективный тромболизис, тромбоэмбоэктомию), успешно выполнено 2 операции экстренных КЭАЭ и КАП. Приводим эти наблюдения.

Наблюдение № 1. В октябре 2011 г. в клинику экстренно поступил пациент К., 74 лет. В апреле 2011 г. перенес малый ИИ в левом каротидном бассейне с полным регрессом симптоматики, при скрининговом дуплексном сканировании выявлен стеноз левой внутренней сонной артерии (ВСА) до 85%, в связи с чем направлен в Краевую консультативную поликлинику ККБ в плановом порядке для уточнения диагноза и определения тактики. На приеме в поликлинике у пациента остро развилось нарушение речи. Неврологом выявлены сенсорная и моторная афазия, легкий правосторонний гемипарез (неврологический дефицит по шкале NIHSS 7 баллов). Госпитализирован в ККБ. По данным компьютерной томографии головного мозга, имеется нечеткий очаг ишемии в области лучистого венца слева. Экстренно подан в рентген-операционную для проведения ангиографии брахиоцефальных артерий (АГ БЦА), диагностирован стеноз ВСА до 90% в проксимальном отделе с признаками экстравазации контрастного препарата (рис. 1). Учитывая клинику ИИ, значимое поражение левой ВСА, наличие её аневризмы, принято решение о проведении оперативного лечения. Через 5 ч от момента развития клинической картины больной подан в операционную для проведения КЭАЭ и удаления аневризмы. В послеоперационном периоде и в течение 7 последующих дней отмечен постепенный регресс очаговой неврологической симптоматики с полным восстановлением речевой функции и силы в конечностях. На момент выписки через 7 сут по шкале NIHSS — 1 балл.

Наблюдение № 2. В июле 2012 г. в отделение сосудистой хирургии ККБ в плановом порядке поступил пациент К., 58 лет, для обследования. При АГ БЦА выявлен стеноз устья левой ВСА до 60%. Через 2 ч 30 мин в условиях отделения у пациента развилась клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения в левом каротидном бассейне в виде сенсорной и моторной афазии, грубого правостороннего гемипареза (по шкале NIHSS 14 баллов). При компьютерной томографии признаков свежего очагового поражения головного мозга не обнаружено. При проведении повторной экстренной АГ БЦА выявлена субокклюзия левой ВСА до 90% (рис. 2). Учитывая проходимость сосудов интракраниального русла, принято решение о проведении трансбаллонной ангиопластики левой ВСА с имплантацией стента (рис. 3). После проведения операции уже в



Рис. 1. Левосторонняя каротидная ангиограмма. Стеноз ВСА до 90% в проксимальном отделе с признаками экстравазации контрастного препарата (указан стрелкой).
Fig. 1. The left-sided carotid angiogram shows the internal carotid artery (ICA) stenosis till 90% in its proximal part with the signs of contrast extravasation (arrow).



Рис. 2. Левосторонняя каротидная ангиограмма. Субокклюзия устья левой ВСА (указана стрелкой).
Fig. 2. The left-sided carotid angiogram shows the subocclusion of left ICA orifice (arrow).



Рис. 3. Левосторонняя каротидная ангиограмма.
Fig. 3. The left-sided carotid angiogram shows the restored lumen of ICA in the place of stent implantation (arrow).

условиях операционной отмечен регресс речевых нарушений, нарастание силы в конечностях до 3,5—4 баллов. Через 1 сут зафиксировано полное восстановление речевой функции и силы в конечностях. На момент выписки через 7 сут оценка по шкале NIHSS — 2 балла.

Просвет внутренней сонной артерии в месте имплантации стента восстановлен (указан стрелкой).

Заключение

В двух приведенных наблюдениях применение отличных от рядовых методов реканализационной терапии полностью оправдало себя и не сопровождалось осложнениями.

Применение современных методов диагностики и активных методов реканализационной терапии позволяет расширить возможности и обеспечить оказание эффективной помощи пациентам с ИИ в первые часы от момента начала заболевания. В связи с этим лечение таких пациентов необходимо проводить круглосуточно в специализированных лечебных учреждениях. Мультицентровые исследования терапии острейшего периода ИИ, совершенствование информирования населения и работы службы скорой медицинской помощи с целью минимизирования времени доставки больных создает резерв для повышения качества оказания помощи, снижения смертности и улучшения функциональных исходов ИИ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Цукурова Л.А. — руководитель Регионального сосудистого центра № 2, зав. неврологическим отделением № 1 ККБ № 1, главный внештатный невролог Департамента здравоохранения Краснодарского края, канд. мед. наук

Тимченко Л.В. — зав. неврологическим отделением № 2 ККБ № 1;

Головко Евгений Николаевич — врач-невролог неврологического отделения № 2 ККБ № 1, e-mail: evgeny.golovko@gmail.com

Усачев А.А. — врач-рентгенохирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 ККБ № 1

Федорченко А.Н. — зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 ККБ № 1, д-р мед. наук

Порханов В.А. — главный врач ККБ № 1, д-р мед. наук, академик РАЕН, член-корр. РАМН, профессор

ЛИТЕРАТУРА

1. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1040 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Куликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России / Consilium Medicum. — 2003. — 5(5).
3. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой — М.: Литтера, 2008. — 192 с.
4. Неотложная нейрохирургия / Лебедев В.В., Крылов В.В. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.
5. Handbook of Neurosurgery. Seventh Edition / Mark S. Greenberg. — Thieme Medical Publishers, Inc., New York, USA, 2010.
6. Battocchio C., Fantozzi C., Rizzo L., Persiani F., Raffa S., and Taurino M. Urgent Carotid Surgery: Is It Still out of Debate? / International Journal of Vascular Medicine Volume 2012, Article ID 536392, 7 pages
7. Patterson B.O., Holt P.J., Hinchliffe R.J., Thompson M.M., Loftus I.M. Urgent Carotid Endarterectomy for Patients with Unstable Symptoms: Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes / Vascular. 2009; 17(5):243-252.

Комментарий

Огромная значимость проблемы лечения инсульта для современного общества обусловлена ведущей ролью данного заболевания в структуре смертности и инвалидизации населения, серьезными финансовыми затратами государств, направленными на лечение и реабилитацию пациентов, перенесших инсульт.

Статья Л.А.Цукуровой с соавторами представлена в виде описания двух клинических наблюдений успешного хирургического лечения пациентов с грубыми стенозированными изменениями брахиоцефальных артерий в острейшем периоде ишемического инсульта. В обоих наблюдениях зафиксированы хорошие исходы лечения (1 и 2 балла по шкале NIHSS). По результатам этих двух наблюдений авторы делают вывод о значительном улучшении эффективности оказания помощи пациентам с ишемическим инсультом в первые часы от момента начала заболевания при активном применении традиционных хирургических вмешательств.

Еще недавно квинтэссенцию проблемы лечения ишемического инсульта в острейшем периоде выражала фраза «time is brain (время — это мозг)», широко распространенная в специальной литературе. Фактор времени и на сегодняшний день является непреодолимым препятствием в организации оказания помощи таким пациентам. Так, даже в странах с высоко развитой системой здравоохранения только менее 10% пациентов с развившимся инсультом вовремя получают необходимую медицинскую помощь в полном объеме. Следует отметить, что в обоих описанных наблюдениях клинические проявления ишемического инсульта дебютировали в стенах специализиро-

ванного лечебно-диагностического учреждения, обеспечив специалистов неопределимой форой времени, по-видимому, во многом определившей превосходные исходы. Данная особенность, оставшаяся за рамками обсуждения проблему основного лимитирующего фактора — фактора времени, переводит клинические наблюдения в разряд эксклюзивных и в некоторой степени снижает их доказательную ценность.

Однако, время, являясь основным определяющим фактором на популяционном уровне, теряет свой единоличный решающий статус у постели конкретного пациента. «Time and collaterals are brain (время и коллатерали — это мозг)», возможно, более точная сущность проблемы лечения ишемического инсульта в острейшем периоде. Другими словами, перед мультидисциплинарной врачебной командой встает задача выявления индивидуальной тонкой грани, за которой опасность развития грозных реперфузионных осложнений перевешивает целесообразность радикального хирургического вмешательства, направленного на купирование ишемической мозговой катастрофы. В решении этой архисложной задачи именно интенсивное развитие нейровизуализационных диагностических методик позволило более уверенно определять группы пациентов с клинически значимыми, но обратимыми изменениями мозгового вещества за пределами стандартного временного интервала, расширяя круг пациентов — кандидатов на экстренное реваскуляризирующее вмешательство. Таким образом, представляется спорным утверждение авторов о «донецкой визуализационной» базе современных «опасений и рекомендаций по срокам оперативного вмешательства».