

ДЕМОНСТРАЦИЯ: ТРОМБОЭКСТРАКЦИЯ ИЗ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ И СТЕНТИРОВАНИЕ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Платонов С.А., Кандыба Д.В.

ГБУ СПб «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Представлен случай успешной тромбоэкстракции из левой средней мозговой артерии (СМА).

Описание наблюдения:

Пациентка И., 36 лет, 20 ноября 2013 г. с жалобами на общую слабость, выраженные головные боли, слабость в правой руке, нарушение речи поступила в ГБУЗ ГБ №33, г. Колпино. По данным СКТ выявлен тромбоз левой СМА.

14:50. Для экстренного оперативного лечения переведена в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. На момент поступления уровень сознания — глубокое оглушение; сенсомоторная афазия; девиация языка влево; правосторонний гемипарез 1 балл; патологические стопные знаки справа. NIHSS — 20 баллов. Индекс мобильности Ривермид — 0. Шкала Рэнкин — 4 балла.

14:55. Минута приемное отделение, пациентка доставлена в рентгенооперационную. При выполнении церебральной ангиографии (ЦАГ) выявлены: протяженная окклюзия М1-М2-сегментов левой СМА, диссекция, начинающаяся от устья, экстракраниального отдела левой внутренней сонной артерии, стенозирующая просвет до 70% (по данным ЦАГ).

15:20. Операция реканализации выполнена в 3 этапа.

1-й этап: Выполнена реканализация левой СМА и произведена тромбоэкстракция из М1-сегмента. При контрольной ангиографии — окклюзия островковой ветви СМА.

2-й этап: Реканализация островковой ветви СМА, тромбоэкстракция (общее время от появления жалоб до реканализации — 4 ч 20 мин).

3-й этап: После выполненной тромбоэкстракции произведено стентирование диссекционного стеноза экстракраниального отдела левой ВСА.

На контрольной ангиограмме левая ВСА и её интракраниальные ветви контрастируются, без стенозов, просвет полностью проходим.

21.11.2013. Пациентка находилась первые сутки в отделении нейрореанимации. Неврологический статус: сознание ясное, моторная афазия, девиация языка вправо, недостаточность VII и XII пары черепно-мозговых нервов справа по центральному типу, правосторонний гемипарез с преобладанием в верхней конечности — 1 балл, в нижней конечности — до 3 баллов. Патологические стопные знаки справа.

21.11.2013. Выполнена МРТ: Геморрагическая трансформация в зоне ишемии бассейна левой СМА (объем гематомы 11 мл в области базальных ядер слева).

22.11.2013. Вторые сутки. Неврологический статус: сознание ясное, сохраняется моторная афазия, девиация языка вправо, недостаточность VII и XII пары черепно-мозговых нервов справа по центральному типу, правосторонний гемипарез с преобладанием в верхней конечности — 2 балла, в нижней конечности — до 3 баллов. Патологические стопные знаки справа.

26.11.2013. 6-е сутки пребывания в стационаре. Пациентка переведена в отделение неврологии. Неврологический статус: сознание ясное, речь сохранена, сохраняются незначительная асимметрия лица, правосторонний гемипарез в верхней конечности — 3 балла, в нижней конечности — до 4 баллов. NIHSS — 7-8 баллов. Индекс мобильности Ривермид — 7. Шкала Рэнкин — 3 балла.

Выводы: В данном клиническом наблюдении тромбоэкстракция явилась высокоэффективным методом лечения ОНМК по атеротромботическому типу, позволившая к концу 1-х суток после операции получить высокий стартовый уровень последующего восстановительного лечения, тем самым минимизировать неврологический дефицит.

640-е заседание от 28 мая 2014 г.

ДОКЛАД: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Данилевич М.О.^{1,2}, Киселев А.С.¹, Сокирко Е.Л.¹

¹СПбГБУЗ «Городская Александровская больница»

²ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Изучение тяжелой сочетанной травмы черепа, головного мозга и лицевого черепа остается актуальной проблемой, что обусловлено сохраняющимся высоким уровнем травматизма. При черепно-лицевой травме одновременно с травмой головного мозга у больных возникают повреждения орбиты и ее содержимого, средней зоны лица и околоносовых пазух, верхней и нижней челюстей и т.д. Это требует совместного ведения пациентов нейрохирургами, челюстно-лицевыми хирургами, офтальмологами и оториноларингологами. Целью проведенной работы являлось улучшение исходов тяжелой сочетанной черепно-лицевой травмы с сохранением уровня качества жизни путем разработки системы этапного комплексного лечения пострадавших, основанной на междисциплинарном подходе с определением оптимальных сроков и объема хирургического лечения.

Материалом исследования послужили истории болезни 938 пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-лицевой травмой, пролеченных в Центре сочетанной черепно-лицевой травмы на базе Александровской больницы г. Санкт-Петербурга в период с 1998 г. по 2012 г.

Оценка результатов комплексного лечения пострадавших с тяжелой черепно-лицевой травмой проведена по следующим показателям: восстановление трудоспособности и социальной адаптации, зрительных функций и эстетической формы лица в зависимости от методов и сроков проведения реконструктивного лечения, осложнения тяжелой черепно-лицевой травмы.

Анализ результатов мультидисциплинарного лечения пострадавших с тяжелой черепно-лицевой травмой проведен в зависимости от комплекса лечебных мероприятий.