

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ОТ 21 ФЕВРАЛЯ 2007

Председатель: профессор Л. С. Коков

ДОКЛАД

СЕЛЕКТИВНЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

**В.И. Скворцова, Ю.Д. Волинский,
М.Г. Кириллов, Н.А. Шамалов, Г.Р. Рамазанов**

*Научно исследовательский институт Инсульта ГОУ РГМУ МСРЗ РФ,
Научно-производственный центр Медицинской радиологии ДЗ Москвы*

Нарастающая частота инсульта становится одной из наиболее острых проблем здравоохранения всех развитых стран и не только вследствие высокой заболеваемости и смертности, но и из-за возрастания социальной нагрузки на общество.

В России, по данным Е.И. Гусева, В.И. Скворцовой (2005), ежегодно регистрируется более 450000 новых случаев инсульта, из которых 200 000 заканчиваются летальным исходом в течение первого года от начала заболевания, а у выживших после инсульта инвалидизация составляет 3,2 на 10 000 населения.

Поэтому актуальность разработки и внедрения в клинику новых методов лечения и реабилитации таких больных не вызывает сомнений. Одной из таких принципиальных новаций является использование активной тромболитической терапии в острой стадии ишемического инсульта.

В зависимости от момента начала ишемической атаки, используются разные методики тромболиза. Если время от начала заболевания не превышает 3-х часов, используется системный тромболизис, при котором фибринолитический препарат вводится внутривенно. В тех случаях, когда временной интервал более 3 часов, системный тромболизис менее эффективен и, более того, может провоцировать геморрагические осложнения.

В таких случаях лечебный эффект может быть достигнут при введении лизирующего препарата непосредственно в тромбированную артерию, для чего используется методика селективной катетеризации внутримозговых артерий, позволяющая создать высокую концентрацию препарата в зоне тромбоза.

Как показывает зарубежный опыт, в тех случаях, когда «терапевтическое окно», не превышает 6-7 часов, селективный артериальный тромболизис значительно уменьшает объем ишемического поражения вещества головного мозга. Высокая эффективность данной методики продемонстрирована в мета-анализе результатов её проведения в 27-ми центрах (Lisboa et al., 2002). При сопоставлении результатов селективного артериального тромболиза (CAT) у 852 пациентов и результатов традиционного лечения 100 пациентов контрольной группы были получены весьма убедительные данные. Так, уровень летальности составил в основной группе 27,2%, а в контрольной 33,1%. Частота развития симптомных внутричерепных кровоизлияний 9,5% против 3%. Достоверное улучшение степени функционального восстановления у первой группы было достигнуто в 41,5% случаев, а в контрольной группе лишь у 23% пациентов.

К сожалению, в России метод селективного артериального тромболиза для лечения ишемического инсульта ещё не нашел применения в клинической практике.

Именно поэтому, мы сочли возможным представить наш первый опыт успешного клинического применения данной методики.

В настоящем сообщении представлены два первых случая лечения острог ишемического инсульта методом селективного артериального тромболиза. Важно и то, что к этому моменту был накоплен определенный опыт проведения системного тромболиза.

В обоих случаях пациенты были доставлены в стационар Института Инсульта на базе ГКБ № 31 службой скорой помощи в течение первых 6 часов от начала заболевания.

Первый пациент 55 лет, был доставлен в стационар через 4 ч. 45 мин. от начала инсульта. Состояние при поступлении тяжелое, оглушение, дизартрия. Тенденция к повороту глаз влево. Девиация языка влево. Левосторонняя гемиплегия. Левосторонняя болевая гемигипестезия. Суммарный балл по Шкале инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) – 13. При рентгеновской КТ головного мозга – ранние признаки инфаркта мозга. После этого, больной сразу же был доставлен в рентгенооперационную. При трансформальной церебральной ангиографии выявлена окклюзия М1 сегмента правой средней мозговой артерии (СМА). Диагностический катетер заменен гайд-катетером и с помощью проведенного в микрокатетере проводника произведена попытка механической реканализации окклюзии. После этого через микрокатетер в окклюзирующие тромботические массы в течение 40 минут было введено 17 мг тромболитического препарата rt-PA (Актилизе, «Boehringer Ingelheim»). Ход тромболитической контролировали периодическим введением в артерию контрастного вещества, и через 40 минут при контрольной ангиографии появилось четкое изображение правой средней мозговой артерии вплоть до периферии (TIM I II), т.е. кровоток был восстановлен.

Через три часа после завершения CAT у больного отмечен значительный регресс очагового неврологического дефицита. При наблюдении в течение последующих суток транскраниальная доплерография фиксировала хороший кровоток по сосуду без признаков ретромбоза. При КТ выявлена бессимптомная геморрагическая трансформация по типу пропитывания. Пациент выписан на 28 сутки заболевания с полным функциональным восстановлением нарушенных неврологических функций – 2 балла по шкале NIHSS.

Во втором случае были использованы две методики тромболитической: системный и селективный артериальный путь введения тромболитического препарата. Такой подход был основан на данных пилотного исследования EMS, в котором было показано, что комбинированная методика приводит к лучшей реканализации сосуда (53% против 41,5%), хотя это и не ассоциировалось с клиническим улучшением пациентов.

Пациентка 56 лет, доставлена в стационар через 2 ч. 10 мин. от начала развития инсульта. Состояние тяжелое. Суммарный балл по Шкале инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) – 23. (Более 25 баллов по NIHSS является противопоказанием к проведению

CAT.) Внутривенно введено rt-PA из расчета 0,6 мг на кг веса. Однако, улучшения клинического и неврологического статуса не зафиксировано. Больная доставлена в рентгенооперационную, и при диагностической каротидной ангиографии был выявлен крупный флотирующий тромб в экстракраниальном сегменте левой внутренней сонной артерии, окклюзия левой СМА в М1 сегменте. Несмотря на наличие флотирующего тромба, выполнена механическая реканализация левой СМА микропроводником и начато селективное введение rt-PA. В течение одного часа в эту артерию введено 20 мг актилизе. При последующей контрольной ангиографии зафиксировано наличие полноценного кровотока по М1 сегменту и фронтопаритетальным корковым ветвям левой СМА (TIM III), но сохранялась окклюзия височной ветви М2 сегмента левой СМА (TIM I 0).

Флотирующий тромб в экстракраниальном сегменте левой ВСА в результате проведенной инфузии препарата rt-PA подвергся лизису, и при последующей ангиографии была выявлена подрытая бляшка и узурация контура ВСА без выраженного сужения артерии. Через сутки при контрольной КТ зафиксированы признаки формирования инфаркта мозга с геморрагической трансформацией в левом полушарии с прорывом крови в желудочки. При дальнейшем лечении и клиническом наблюдении отмечен регресс неврологической симптоматики до 13 баллов по шкале NIHSS и больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии способной к самостоятельному обслуживанию.

Приведенные клинические наблюдения подтвердили терапевтическую эффективность артериального селективного тромболитического лечения в острой стадии ишемического инсульта. Но, одновременно, заострили внимание на следующих моментах: во-первых, необходима организация всей противоишемической службы таким образом, чтобы максимально было сокращено время от начала ишемической атаки до момента введения препарата; во-вторых, следует учитывать повышенный риск геморрагических осложнений и, соответственно, определять показания, и выстраивать тактику лечебного процесса, а именно, индивидуально дозировать препарат и контролировать процесс его введения таким образом, чтобы уменьшить вероятность последующего ретромбоза и геморрагических осложнений. Очевидно, что по мере накопления опыта, можно будет выработать более конкретные рекомендации.

Вопрос: какой использовали контрастный препарат?

Ответ: использовали препарат «Омнипак-300», изредка «Омнипак-240»

Вопрос: почему выбрана доза тромболитика в 20 мг?

Ответ: в литературе приводятся дозировки от 10 до 40 мг. Мы исходили из нашей оценки тяжести состояния и риска последующей геморагии и поэтому выбрали такую дозу. Во всех случаях добились лизиса тромба, а геморагия была незначительной. По-видимому, по мере накопления опыта, мы сможем конкретизировать и дозы, и их обоснование.

Вопрос: выполняли ли стентирование и, если нет, то почему?

Ответ: стентирование мы не выполняли, хотя

возможно в будущем встанет вопрос об одномоментном проведении тромболизиса и стентирования.

Вопрос: сколько случаев селективного артериального тромболизиса в Вашей практике?

Ответ: на сегодняшний день наш опыт включает успешное выполнение селективного артериального тромболизиса у 5 больных с ишемическим инсультом головного мозга.

Заключительное слово председателя

Нужно поздравить всех авторов доклада с успехом. Как мне представляется, это одно из первых сообщений российских специалистов по этой проблеме. Возможно даже первое. Ещё раз поздравляем участников этой работы и желаем им успехов на их непростом пути.

Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области

Н.А. Рабухина
Г.И. Голубева
С.А. Перфильева

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильева

М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 128 с.; ил.
ISBN 5-98322-227-9

Монография предназначена для рентгенологов, стоматологов всех специальностей, челюстно-лицевых хирургов.

Настоящая монография является первой попыткой в отечественной и зарубежной рентгенологии представить методику и протоколы спиральной компьютерной томографии при врожденных и посттравматических деформациях лицевого черепа, дефектах различного происхождения, осложнениях эндодонтического лечения зубов, болезнях пародонта, височно-нижнечелюстных суставов, ретенцией зубов, а также при осуществлении дентальной имплантации.

