

Разбор клинического случая комплексного лечения повторного острого нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте

С.М.Андреев, Л.В.Тимченко, П.В.Катаев
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

Цереброваскулярные заболевания на протяжении многих лет остаются одной из приоритетных проблем здравоохранения, что обусловлено как ростом уровня заболеваемости, так и тяжестью медицинских, экономических и социальных последствий заболевания. Создание сосудистых центров и широкое внедрение современных методов лечения, в том числе хирургических, реабилитации и вторичной профилактики инсульта в остром периоде являются важнейшим достижением современной ангионеврологии. В настоящей статье приводится случай развития повторного тяжелого ишемического инсульта у пациента молодого возраста на фоне мультифакторной предрасположенности. Целью данной работы является демонстрация уникального совмещения доступных лечебных мероприятий и преемственности специалистов различного профиля для достижения максимально эффективного исхода.

Ключевые слова: ишемический инсульт, системная тромболитическая терапия, тромбофилия, дислокационный синдром, декомпрессивная трепанация черепа, нейрореабилитация.

A Case of Complex Treatment for Acute Recurrent Stroke in Young Male Adult

S.M.Andreev, L.V.Timchenko, P.V.Kataev
Scientific Research Institute S.V.Ochapovsky
Regional Clinical Hospital №1, Krasnodar

Cerebrovascular diseases (CD) have been known as one of the main health problems for years, due to increase in the incidence, as well as in charge for health-care system, economy and society. Creation of vascular centers and widespread adoption of modern methods of treatment for CD, including surgery, rehabilitation and secondary prevention of recurrent stroke at the acute stage are important achievements of angioneurology. This paper presents a case of severe recurrent

stroke in young patient with many different risk factors. The paper shows the successful use of various treatment approaches in their combination, and cooperation of different specialists to achieve the most effective outcome.

Keywords: stroke, thrombolysis, thrombophilia, dislocation syndrome, decompressive skull trepanation, neurological rehabilitation.

Введение

За последние годы в области сосудистой неврологии был получен ряд важных достижений: расширение поиска и установления ранее не изученных причин инсульта, разработка алгоритмов эффективно-го хирургического лечения с использованием мало-травматичного оборудования нового поколения, индивидуальный полимодальный подход к нейрореабилитации.

Создание региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, реорганизация работы неврологических отделений в векторе оказания экстренной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на протяжении последних нескольких лет привнесло значимый вклад в этой серьезной медико-социальной проблеме. Благодаря возможности оказания высокотехнологической ургентной помощи, в регионе наблюдается неуклонное снижение летальности и инвалидизации населения.

Как показывает международный опыт, успешность проводимых мероприятий находится в непосредственной зависимости от своевременности и преемственности оказания помощи, в особенности у пациентов в тяжелом состоянии.

Материал и методы

Несмотря на значительные достижения в профилактике, диагностике и лечении цереброваскулярных заболеваний, многие актуальные вопросы клинической практики остаются нерешенными и, зачастую, носят дискуссионный характер.

Реперфузионная терапия, проводимая в рамках терапевтического окна и входящая в рутинную практику, в части случаев не оказывает должного эффекта. В результате порочный круг сосудистой катастрофы создает неблагоприятный прогноз. Однако у больных молодого возраста даже при злокачественном течении инсульта эффект от лечения может оказаться не столь драматичным при грамотном совмещении хирургических манипуляций, специализированной терапии и реабилитационных мероприятий.

Приводим собственное наблюдение. Пациент М., 26 лет, доставлен из отдаленно расположенной территории края в региональный сосудистый центр и госпитализирован в экстренном порядке.

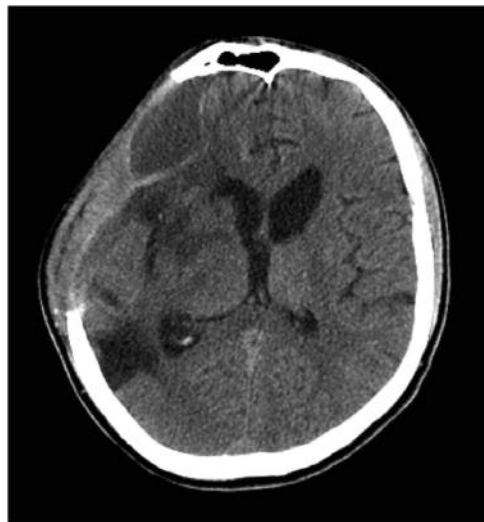
Анамнестически установлено острое начало заболевания с внезапно возникшей слабости в левых конечностях и речевых расстройств. Пациент был доставлен в центральную районную больницу по месту жительства, где, учитывая сроки начала заболевания, клинических проявлений ишемического инсульта и отсутствие противопоказаний, выполнена процедура системной тромболитической терапии, согласно стандартам. Эффект реперфузионной терапии достигнут не был. Для дальнейшего лечения пациент транспортирован в НИИ ККБ №1.

Особого внимания заслуживал факт ранее дважды перенесенных ишемических инсультов в обоих каротидных бассейнах (в левом – 2 года назад, в пра-

Рис. 1. КТ головного мозга через 12 часов после проведенной операции



Рис. 2. КТ головного мозга через 10 суток после проведенной операции



вом – 1 год назад) с быстрым восстановлением неврологического дефицита, а также перенесенное 12 лет назад оперативное вмешательство по поводу врожденного порока сердца (коррекция неполной формы атриовентрикулярной коммуникации, разделения общего предсердия заплатой из ксеноперикарда).

Состояние больного расценено как тяжелое, ввиду чего дальнейшее лечение проводилось в условиях нейро-реанимационного отделения. Соматический статус: нормостенического телосложения, кожные покровы и слизистые оболочки физиологического окраса, периферических отеков нет; температура тела – 36,6°C; дыхание аппаратное в режиме SIMV с минутным объемом дыхания – 9 л, SpO₂ – 100%, аускультативно дыхание проводится над всеми легочными полями, без хрипов; гемодинамика стабильная: частота сердечных сокращений – 52 уд/мин, пульс – 52 уд/мин, ритмичный, АД – 130/89 мм рт. ст.; тоны сердца приглушены, ритмичные; живот мягкий; мочеиспускание по уретральному катетеру.

Неврологический статус: уровень угнетения сознания – сопор. Вербальному контакту недоступен. На болевой раздражитель координаторная двигательная реакция правыми конечностями. Зрачки симметричные, 3 мм. Фотореакции зрительных зрачков и корнеальные рефлексы сохранены. Плавающие движения глазами яблоками. Левосторонний центральный прозопарез. Левосторонняя центральная гемиплегия. Глубоки рефлексы живые, D<S. Симптом Бабинского слева. Чувствительные и координаторные нарушения оценить затруднительно. По шкале NIHSS – 40 баллов, Рэнкина – 5 баллов, Ривермид – 0 баллов.

В общеклинических исследованиях крови отмечался умеренный лейкоцитоз – до $18,3 \times 10^9$ /л нейтрофильного характера (76,9%), повышение уровня фибриногена – до 4,47 г/л, гипергликемия – до 6,52 ммоль/л; остальные показатели в пределах нормативных значений.

По данным компьютерной томографии (КТ) головного мозга, имеется обширный очаг ишемии в правой лобно-височно-теменной области, который на фоне отека приводит к дислокации срединных структур на 15 мм.

Коллегиально принято решение о необходимости ургентного оперативного вмешательства по жизненным показаниям. Таким образом, спустя 8 ч от окончания проведения системной тромболитической те-

рапии, больному была выполнена декомпрессивная трепанация черепа в правой лобно-височно-теменной области с расширяющей пластикой твердой мозговой оболочки аутонадкостницей с целью устранения нарастающего дислокационного синдрома на фоне отека головного мозга. Интраоперационных осложнений отмечено не было. По результатам проведенной КТ головного мозга, в динамике через 12 ч было отмечено уменьшение степени дислокации срединных структур до 9 мм (рис. 1); через 3 сут – до 7,5 мм, а еще через 10 сут – полное его устранение с выраженным уменьшением отека головного мозга (рис. 2).

Спустя сутки от проведенной операции степень утраты сознания достигла глубокого оглушения, через 3 сут больной стал выполнять элементарные инструкции, через 7 сут появился спонтанный компонент дыхания, а через 11 сут стало возможным эффективное самостоятельное дыхание.

Медикаментозное лечение проводилось согласно стандартам оказания помощи больным с ОНМК. Учитывая тяжесть состояния и проведенную операцию, нейрореабилитационные мероприятия в щадящем режиме были подключены спустя 72 ч. В дальнейшем при наблюдении больного в БИТР реабилитация была дополнена и включала: кинезиотерапию, вертикализацию, дыхательную гимнастику, механотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК) в изометрическом режиме и с дозированным сопротивлением, миоэлектростимуляцию, перемежающуюся пневмокомпрессию, массаж паретичных конечностей, иглорефлексотерапию, медико-логопедические процедуры, психологическую коррекцию, а на более поздних сроках – ЛФК на тренажерах и теренкур.

Осложнениями основного заболевания явились:

1. Двусторонняя полисегментарная пневмония: возникла на 3-и сутки, разрешилась через 12 сут на фоне антибактериальной терапии.
2. Острый тромбоз внутренней яремной вены справа: возник на 10-е сутки, частичная реканализация произошла через 8 сут на фоне антикоагулянтной терапии.
3. Дисфункция печени с проявлением цитолиза по типу реактивного гепатита: возникла на 28-е сутки, разрешилась через 7 сут.

Длительность госпитализации составила 31 койко-день. В результате проведенного комплексного лечения была отмечена положительная динамика невро-

логического статуса в виде значимого регресса моторно-сенсорной афазии, появления активных движений в левых конечностях с восстановлением силы в них до 3 баллов, что позволило пациенту частично самостоятельно обслуживать себя и передвигаться на короткие дистанции с односторонней поддержкой.

С целью установления причины инсульта и проведения адекватной вторичной профилактики было проведено достаточно объемное лабораторное исследование крови, однако наиболее значимой оказалась генетическая детерминированность в тромбоцитарном, коагуляционном и фибринолитическом звеньях гемостаза:

- 1) гетерозиготная мутация фактора коагуляции I (фибриноген) 455 G/A;
- 2) гомозиготная мутация ингибитора активатора плазминогена PAI-675 4G/5G;
- 3) гомозиготная мутация гликопротеина Ia (ITGA2) 807 C/T;
- 4) гетерозиготная мутация гликопротеина IIb-IIIa (ITGB3) 1565 T/C;
- 5) гомозиготная мутация фактора XIII G/T;
- 6) полиморфизм генов фолатного цикла: гетерозиготная мутация MTHFR 677 C/T (A222V) и гомозиготная мутация MTRR 66 A/G (I122M).

По данным триплексного сканирования брахиоцефальных артерий и транскраниальной доплерографии, имелась окклюзия интракраниального отдела внутренней сонной артерии с распространением на M₁-сегмент средней мозговой артерии справа с формированием коллатерального типа кровотока. Неоднократно проведенное ультразвуковое исследование сердца не выявило дополнительных образований в полостях сердца, а зона хирургического вмешательства была интактной.

В итоге, больному был выставлен гемореологический патогенетический вариант инсульта: рекомендовано продолжить антиагрегантную (клопидогрел 75 мг) и антикоагулянтную терапию (эноксапарин

80 мг в 2 приема с последующим переходом на варфарин), прием препаратов фолиевой кислоты, модифицировать образ жизни.

Результаты и выводы

Эффективность тромболитической терапии не всегда четко прогнозируема, что в некоторых случаях дает возможность врачу применить другие методы лечения в ургентном порядке с целью сохранения жизни пациента. Своевременная согласованность действий специалистов различного профиля, входящих в состав специализированного сосудистого центра, является решающим фактором в выборе правильного подхода к лечению.

Среди больных с ОНМК особое место следует уделять пациентам молодого возраста с целью выявления всех возможных причин заболевания и адекватной вторичной профилактики. Это дает возможность не только снизить показатели смертности, но и повышает уровень качества жизни в постинсультном периоде.

Литература

1. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литера, 2008; 192 / Snizheniez abolevaemosti, smertnosti i invalidnosti ot insul'tov v Rossijskoj Federacii / Pod red. V.I. Skvorcovoj. M.: Litera, 2008; 192. [in Russian]
2. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 593 / Nevrologija: nacional'noe rukovodstvo / Podred. E.I. Guseva, A.N. Konovalova, V.I. Skvorcovoj, A.B. Geht. M: GJeOTAR-Media, 2010; 593. [in Russian]
3. Шамалов Н.А., Рамазанов Г.Р., Анисимов К.В. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте. Фарматека. 2012; 19: 52 / Shamalov N.A., Ramazanov G.R., Anisimov K.V. Reperfuzionnaja terapija pri ishemičeskom insul'te. Farmateka. 2012; 19: 52. [in Russian]
4. European Stroke Initiative Recommendations for stroke Management-Update 2003. Cerebrovasc Dis. 2003; 16: 311-337.

Сведения об авторах:

Андреев Сергей Михайлович – ГБУЗ «Научно-исследовательский институт Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация.

Тимченко Людмила Викторовна – ГБУЗ «Научно-исследовательский институт Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация.

Катаев Павел Владимирович – ГБУЗ «Научно-исследовательский институт Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация.