

Н.Н. Нетбай, В.Ю. Бондарь, К.В. Поляков, А.И. Пушкарев, Р.В. Нетбай, И.Г. Богданов, В.А. Ковляков, В.М. Хазова, Т.В. Мусурикская, С.А. Брехова, А.И. Маслов

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, РАЗВИВШЕГОСЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, 680009, ул. Краснодарская, 2в, тел. 8-(4212)-78-06-01, факс 8-(4212)-75-88-00, e-mail: khvfccvs@mail.ru, г. Хабаровск

Резюме

Авторами статьи описан клинический случай в кардиохирургической практике, когда у пациента, перенесшего операцию аорто-коронарного шунтирования, в раннем послеоперационном периоде развился ишемический инсульт. В результате нейровизуализационных и ангиографических методов исследования, выявлен критический стеноз внутренней сонной артерии. Операция ангиопластика со стентированием внутренней сонной артерии, выполненная в первые часы от развития инсульта, привела к полному восстановлению неврологических функций.

Ключевые слова: ишемический инсульт, ангиография, ангиопластика, стентирование.

N.N. Netbai, V.Yu. Bondar, K.V. Poliakov, A.I. Pushkarev, R.V. Netbai, I.G. Bogdanov, V.A. Kovliakov, V.M. Hazova, T.V. Musurivskaya, S.A. Brekhova, A.I. Maslov

THE REVASCULARIZATION OF CEREBRAL ARTERIES IN THE ACUTE PERIOD OF THE ISHEMIC STROKE DEVELOPED EARLY AFTER CORONARY SHUNTING (THE CLINICAL CASE)

Federal State Budgetary Institution Federal Center of Cardiovascular Surgery Russian Ministry of Health, Khabarovsk

Summary

The authors of the article described a clinical case in the cardiac practice when the patient underwent an operation of aortocoronary shunting and he got the ischemic stroke in the early postoperative period. The neurovisualization and angiographic methods of research revealed a critical stenosis of an internal carotid. The angioplasty with stenting of an internal carotid operation performed during the first hours from development of a stroke led to a complete restoration of neurologic functions.

Key words: ischemic stroke, angiography, stenosis, angioplasty, stenting.

Известно, что ишемические инсульты – гетерогенны по патогенетическому механизму развития. Примерно в 20 % случаев ишемический инсульт возникает как осложнение атеросклеротического поражения церебральных артерий. Однако у 6-24 % лиц с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением церебральных артерий наблюдается бессимптомное течение заболевания [1].

Мы наблюдали случай развития ОНМК в раннем послеоперационном периоде у пациента, перенесшего аортокоронарное шунтирование с исходно бессимптомным атеросклерозом церебральных артерий.

Пациент С., 53 года, 04.12.14. поступил на плановую операцию коронарного шунтирования. При поступлении предъявлял жалобы на эпизоды головокружения при физических нагрузках. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью с подъемами АД до 200/100 мм рт. ст., дислипидемией. В мае 2014 года перенес Q-инфаркт нижней и задней стенки левого желудочка. После инфаркта – длительный астенический синдром, стенокардия напряжения на уровне 2 функционального класса.

При обследовании: по данным коронароангиографии выявлены окклюзия правой коронарной артерии, стеноз передней нисходящей артерии 90%, стеноз оги-

бающей артерии 75 % при правом типе коронарного кровотока. По данным ультразвуковой доплерографии экстракраниальных сосудов при амбулаторном предоперационном скрининге: стенозы сонных артерий с обеих сторон до 50 %. Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей: стенозы общей подвздошной и наружной подвздошной артерий справа до 75 %.

08.12.14 выполнена операция Маммарокоронарное шунтирование передней нисходящей артерии. Эндартерэктомия из задней межжелудочковой артерии и ветви тупого края 2, аутовенозное аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, артерии тупого края 2. Первые двое суток послеоперационного периода протекали благоприятно, со стабильной гемодинамикой. На 2-е сутки после операции пациент переведен из отделения реанимации в профильное отделение, начаты мероприятия ранней реабилитации, расширения двигательного режима. На 3-и сутки после операции состояние ухудшилось: внезапно нарушилась речь, появилась слабость в правых конечностях до степени выраженного гемипареза, зарегистрирована переходящая артериальная гипотония 70/40 мм рт. ст. По шкале NIHSS оценен в 18 баллов (тяжелые неврологические расстройства). Безотлагательно вы-

полнена ЭКГ, СКТ головного мозга, СКТ-ангиография БЦА и СКТ-коронарошунтоангиография (аппарат Simens Sensation 64). В паренхиме мозга патологических изменений не выявлено. При СКТ-ангиографии обнаружен значимый стеноз левой ВСА до 70-75 %. Коронарные шунты при СКТ-ангиографии – все проходимы. ЭКГ – без отрицательной динамики. Пациент по экстренным показаниям через 1,5 часа от развития клиники ОНМК направлен в рентгенооперационную, где при выполнении каротидной и церебральной ангиографии визуализирован не только стеноз проксимального отдела левой ВСА 75 %, но и стеноз интракраниальной части левой ВСА до 90-95 % (рис. 1, 2).



Рис. 1. Бульбарный стеноз левой ВСА

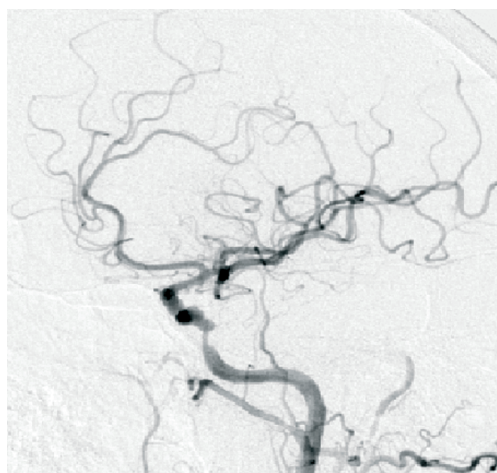


Рис. 2. Стеноз интракраниальной части левой ВСА

В проекции интракраниального стеноза ВСА имплантирован лекарственный стент Promus Premier 4,0×12 мм, в ампулярной части левой ВСА имплантирован стент Protege 6-8,0×40,0 мм. При контрольной ангиографии: остаточного стеноза, диссекции нет (рис. 3, 4).

Дальнейшая курация осуществлялась в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Гемодинамика сохранялась стабильной с уровнем АД 130-140/80 мм рт. ст., синусовым ритмом при суточном мониторингировании с ЧСС 70-75 в мин. Адекватное

спонтанное дыхание с сатурацией кислорода 96-98 %. В неврологическом статусе сразу же после операции восстановилась речь, уменьшилась глубина правостороннего гемипареза. По шкале NIHSS оценен в 7 баллов. В течение последующих 2 суток сила в правых конечностях выросла до 5 баллов, исчезла асимметрия лица, восстановлена способность к самообслуживанию. На исходе 3 суток по шкале NIHSS оценен в 0 баллов. При контрольной МРТ головного мозга (аппарат Simens Avanto 1,5 т, в режиме T2, T2 dark-fluid, ДВИ) на 2-е сутки: очагов ишемии, либо геморагии не выявлено. Медикаментозная терапия включала: двойную антитромбоцитарную терапию (в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования до развития ОНМК пациент получал Клопидогрель 150 мг сут., Клексан 80 мг/сут. перед экстренной операцией ангиопластики со стентированием ВСА дана нагрузочная доза Клопидогрела 300 мг, в дальнейшем получал Клопидогрель 75 мг/сут., АСК 100 мг/сут.), нейропротективную терапию (цераксон 2000 мг/сут., актовегин 2000 мг/сут.), статины (аторис 20 мг/сут.), β-блокаторы, иАПФ.

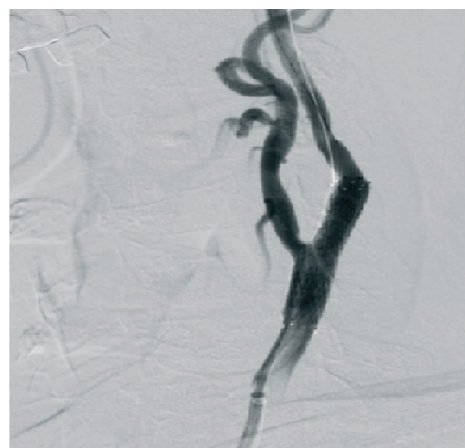


Рис. 3. Имплантированный стент в бифуркации левой ОСА

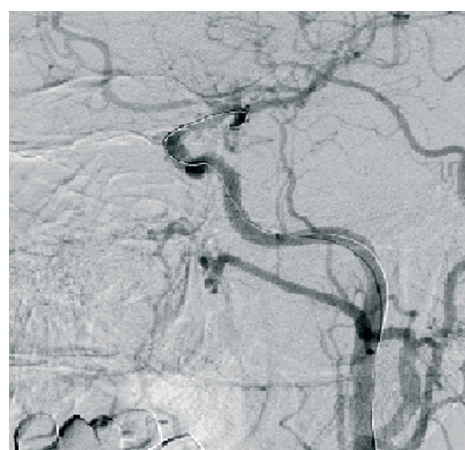


Рис. 4. Имплантированный стентв интракраниальной части левой ВСА

Данный клинический случай демонстрирует важность и необходимость своевременной диагностики этиопатогенеза острого нарушения мозгового кровообращения, оперативного определения тактики оказания медицинской помощи, конечной целью которой являет-

ся восстановление нарушенных функций мозга. Приведенный пример ярко иллюстрирует принцип «время – мозг»: эндоваскулярная реперфузия левой сонной артерии во временном промежутке 2 часа от развития ОНМК имела драматически положительный эффект с полным восстановлением нарушенных неврологиче-

ских функций, отсутствием постишемических изменений вещества головного мозга при нейровизуализации. Приведенные данные свидетельствуют о возможности использования ангиопластики со стентированием церебральных артерий при наличии противопоказаний к системной тромболитической терапии [2].

Литература

1. Сорокумов В.А., Саведло А.В. Атеросклероз внутричерепных артерий: причины ишемического инсульта, диагностика и лечение. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. Спецвыпуск. – 2014. – № 2. – С. 50-55.
2. Инсульт: Руководство для врачей / Под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – С. 228-229.

Literature

1. Sorokumov V.A., Savedlo A.V. Atherosclerosis of intracranial arteries: reasons of an ischemic stroke, diagnosis and treatment. // Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. Special issue. – 2014. – № 2. – P. 50-55.
2. Stroke: The management for doctors / ed. by of L.V. Stakhovskaya, S.V. Kotov. – М.: «Medical information agency» Publishing House, 2014. – P. 228-229.

Координаты для связи с авторами: *Нетбай Наталья Николаевна* – невролог Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-208-40-17, e-mail: natalia.netbay@mail.ru; *Поляков Константин Викторович* – канд. мед. наук, зав. отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-502-86-46; *Пушкарев Алексей Игоревич* – рентгенхирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-917-02-01; *Бондарь Владимир Юрьевич* – д-р мед. наук, главный врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. 8-(4212)-78-06-78; *Нетбай Руслан Викторович* – заместитель главного врача по медицинской части Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-205-10-26; *Ковляков Владислав Александрович* – канд. мед. наук, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии и приобретенных пороков сердца Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-416-00-31; *Богданов Илья Геннадьевич* – канд. мед. наук, сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-207-71-08; *Хазова Варвара Михайловна* – врач-кардиолог Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-200-57-04; *Мусуриевская Татьяна Валентиновна* – зав. отделением лучевой диагностики Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-909-809-84-24; *Брехова Светлана Анатольевна* – анестезиолог-реаниматолог Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-924-212-44-84; *Маслов Александр Иванович* – анестезиолог-реаниматолог Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-914-209-87-77.

