

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-48-54

ОПЕРАЦИИ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**М.С. Михайлов¹, А.В. Вавилов¹, А.И. Грицаенко¹, В.Ю. Ридель¹,
А.В. Новожилов¹, А.Б. Мусаев¹, Е.Г. Эйдлин¹, Н.Ю. Зелёнкина¹****¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», Самара, Россия**

Михайлов Михаил Сергеевич – врач сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии № 7 ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89171609790, e-mail: angjomikhajlov@yandex.ru

Вавилов Александр Владимирович – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия

Грицаенко Андрей Иванович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия

Ридель Владимир Юрьевич – врач сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии № 7 ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89171503765, e-mail: ridelvyd@gmail.com

Новожилов Алексей Владиславович – врач сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии № 7 ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89171506541, e-mail: ohod@bk.ru

Мусаев Анар Бахрамович – врач сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии № 7 ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89277977725, orcid.org/0000-0002-6176-3226

Эйдлин Евгений Григорьевич – заведующий 24 неврологическим отделением для больных с ОНМК СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89277011560, e-mail: ey1973@yandex.ru

Зелёнкина Наталья Юрьевна – врач-невролог 24 неврологического отделения для больных с ОНМК СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия, тел. 89083822417, e-mail: nzelenkina@yandex.ru

Введение. Проанализирован опыт хирургического лечения 145 больных СГКБ №1 имени Н.И. Пирогова г. Самара за период с 2013 по 2016 гг., которым было выполнено 146 реконструктивных операций на сонных артериях в острый период ишемического инсульта.

Материалы и методы. Показаниями к срочному оперативному вмешательству служили 3 группы клинко-морфологических критериев (группы анализа): 1-я группа – стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) более 55 % просвета сосуда с нестабильной неврологической симптоматикой; стеноз ВСА более 70% просвета сосуда со стабильной неврологической симптоматикой; гетерогенная атеросклеротическая бляшка с дефектом покрышки по данным цветного дуплексного сканирования (ЦДС) брахиоцефального ствола (БЦС) – 94 пациента, из них 81 была выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ), 13 – КЭАЭ с пластикой аутовенозной заплатой; 2-я группа – патологическая извитость ВСА на стороне симптомного поражения головного мозга в сочетании со стенозом или без него + нестабильная неврологическая симптоматика – 22 пациента, из них 18 выполнена эверсионная КЭАЭ в сочетании с резекцией ВСА, 4 пациентам – резекция ВСА и устранение патологической извитости; 3-я группа – тромботическая окклюзия ВСА со стороны инсульта независимо от стабильности неврологической симптоматики – 29 пациентов, из них 17 пациентам выполнена резекция окклюзированной ВСА с пластикой наружной сонной артерии, 6 пациентам – тромбэндартерэктомия из ВСА с пластикой аутовенозной заплатой, 6 пациентам – эверсионная КЭАЭ при тромботической окклюзии ВСА.

Результаты. К моменту выписки из стационара регресс неврологической симптоматики отмечен у 124 (85%) пациентов. Ранняя летальность составила 3,4%.

Заключение. Таким образом, установлено, что в условиях многопрофильного стационара при строгом соблюдении критериев отбора, оперативное лечение на БЦС в остром периоде ишемического инсульта имеет право рассматриваться как один из эффективных методов лечения данной патологии.

Ключевые слова: сонные артерии, внутренняя сонная артерия, тромбоз, ишемический инсульт, эндартерэктомия сонной артерии

OPERATIONS ON THE CAROTID ARTERIES FOR ACUTE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE

Mikhail S. Mikhailov¹, Aleksander V. Vavilov¹, Andrey I. Gritsaenko¹, Vladimir Yu. Ridel¹, Aleksey V. Novozhilov¹, Anar B. Musaev¹, Evgeniy G. Eidlin¹, Natal'ya Yu. Zelenkina¹

¹ State Budgetary Healthcare Institution of Samara region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation

Mikhailov Mikhail Sergeevich – cardiovascular surgeon in Surgery Department №7 of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89171609790, e-mail: angiomikhajlov@yandex.ru

Vavilov Aleksander Vladimirovich – Candidate of Medical Sciences, Head Doctor of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation

Gritsaenko Andrey Ivanovich – Candidate of Medical Sciences, Deputy Head Doctor of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation

Ridel Vladimir Yurevich – cardiovascular surgeon in Surgery Department №7 of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89171503765, e-mail: ridelvyd@gmail.com

Novozhilov Aleksey Vladislavovich – cardiovascular surgeon in Surgery Department №7 of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89171506541, e-mail: ohod@bk.ru

Musaev Anar Bakhramovich – cardiovascular surgeon in Surgery Department №7 of State Budgetary Healthcare Institution of Samara Region "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89277977725, orcid.org/0000-0002-6176-3226

Eidlin Evgeniy Grigorevich – Head of Neurological Department №24 for ADCC patients in "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89277011560, e-mail: ey1973@yandex.ru

Zelenkina Natal'ya Yurevna – Neurologist of Neurological Department №24 for ADCC patients in "Pirogov N.I. Samara City Clinical Hospital №1", Samara, Russian Federation, tel.: 89083822417, e-mail: nzelenkina@yandex.ru

Introduction. The study reviewed the experience of surgical treatment of 145 patients in Samara State Clinical Hospital (SSCH) №1 named after N.I. Pirogov, city of Samara, during the period 2013 - 2016, which had 146 reconstructive operations on carotid arteries during acute period of ischemic stroke.

Materials and methods. Indications for urgent intervention were 3 groups of clinical-morphological criteria (analysis groups): 1. Stenosis of the internal carotid artery (ICA) over 55% of lumen with unstable neurological symptoms; stenosis of ICA more than 70% of lumen with stable neurological symptoms; heterogeneous atherosclerotic plaque with tire defect, according to colour duplex ultrasonography of brachiocephalic artery – in 94 patients, 81 of them have undergone everting carotid endarterectomy (CEAE), 13 of them - CEAE with plasty of the autovenous patch. 2. Pathological tortuosity of ICA on the side of symptom-based brain injury in combination with or without stenosis + unstable neurologic symptoms - in 22 patients, 18 of them have undergone everting CEAE in combination with resection of ICA, 4 patients have undergone everting CEAE and elimination of pathologic tortuosity. 3. Thrombotic occlusion of ICA on the side of the stroke, regardless of stability of neurological symptoms - in 29 patients, 17 of them have undergone resection of ICA with plasty of the external carotid artery, 6 patients have undergone thrombendarterectomy from ICA with plasty with the autovenous patch, 6 patients have undergone everting CEAE for thrombotic occlusion of ICA.

Results. By the time of discharge from the hospital the regression of neurological symptoms reported for 124 (85%) patients. Early lethality was 3.4%.

Conclusions. Thus, the findings allow considering that under conditions of multi-speciality hospital, with strict compliance with the selection criteria, the surgical treatment on the brachiocephalic vessel in the acute period of ischemic stroke, has the right to be regarded as one of the most effective treatments for this disease.

Keywords: carotid arteries, internal carotid artery, thrombosis, cerebrovascular accident, carotid endarterectomy

ВВЕДЕНИЕ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности и стойкой нетрудоспособности населения в большинстве стран мира [1]. Ишемический инсульт составляет более 80% всех острых мозговых поражений сосудистого генеза [2].

По данным NASCET (1991) и ECST (1996) операция каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) снижает риск повторного инсульта или смерти у пациентов с выраженным ипсилатеральным стенозом внутренней сонной артерии (ВСА). Риск развития повторного ишемического инсульта в период ожидания плановой операции КЭАЭ достигает 20 % [3,4].

Основываясь на результатах корпоративных исследований (EUSI, 2003; ESO, 2008; и SVS/ESVS, 2009) Американская академия неврологии (AAN), Американская сердечная ассоциация (AHA), Европейская организация по борьбе с инсультом (ESO) рекомендуют выполнение каротидной эндартерэктомии в течение первых 4 недель после ишемического инсульта, предпочтительно в течение первых 2 недель [5,6,7].

Пересмотрены сроки операций после ишемического инсульта и в России. Согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий» (2013), целесообразно выполнять каротидную эндартерэктомию в течение двух недель от начала последнего эпизода ОНМК при малых инсультах и через 6-8 недель после полных инсультов.

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения пациентов, перенесших реконструктивные операции на сонных артериях, выполненные в остром периоде полушарного ишемического инсульта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2013 по 2016 гг. выполнено 145 срочных реконструктивных операций на сонных артериях у 145 пациентов, которые поступили в первичный сосудистый центр СГКБ №1 имени Н.И. Пирогова г. Самары с острым ишемическим инсультом. Мужчин было 127, женщин - 18. Возраст пациентов варьировал от 45 до 79 лет, в среднем составив 65,7 лет.

Неврологический статус оценивался неврологом по шкале оценки тяжести инсульта Национального института здоровья (NIHSS, США); степень функциональной независимости - по модифицированной шкале Рэнкина (МШР) до операции, через 24 часа после операции и на 14-24-е сутки к моменту выписки из стационара. Контроль гемодинамики проводился согласно [8]. Кроме общеклинических методов обследова-

ования всем пациентам были выполнены мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга на компьютерных томографах Siemens SOMATOM Definition AS 64 (Германия) и Toshiba Aquilion (Япония) или магнитно-резонансная томография головного мозга на аппарате Signa HD EchoSpeed 1.5 T1 General Electric (США), цветное дуплексное сканирование (ЦДС) брахиоцефальных экстракраниальных сосудов выполнялось на ультразвуковом сканере VividS-6 General Electric Healthcare (США).

Величина ишемического повреждения мозговой ткани по данным КТ и/или МРТ варьировала от 10 до 60 мм, процесс локализовался в корковом слое или подкорковых структурах больших полушарий. У некоторых пациентов имели место нечеткость границ ишемического очага, нарушение дифференцировки анатомических структур мозга.

Выраженность неврологического дефицита соответствовала или преобладала над площадью инсульта.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству служили 3 группы клинико-морфологических критериев:

1-я группа - стеноз ВСА более 55 % просвета сосуда с нестабильной неврологической симптоматикой; стеноз ВСА более 70% просвета сосуда со стабильной неврологической симптоматикой; гетерогенная атеросклеротическая бляшка с дефектом покрышки по данным ЦДС БЦС.

2-я группа - патологическая извитость ВСА на стороне симптомного поражения головного мозга в сочетании со стенозом или без него + нестабильная неврологическая симптоматика.

3-я группа - тромботическая окклюзия ВСА со стороны инсульта независимо от стабильности неврологической симптоматики.

Соответственно данным критериям были выделены 3 группы пациентов.

Первую группу составили 94 пациента, из них у 81 была выполнена эверсионная КЭАЭ, у 13 – КЭАЭ с пластикой аутовенозной заплатой. Одному пациенту этой группы одномоментно были выполнены эверсионная КЭАЭ и сонно-подключичное шунтирование.

Во 2-ю группу вошли 22 пациента, из них 18 выполнена эверсионная КЭАЭ в сочетании с резекцией ВСА в связи с её патологической извитостью, 4 пациентам - резекция ВСА и устранение патологической извитости. Извитости были представлены удлинением артерии или перегибом (кинкинг) с повышением линейной скорости кровотока более 120 см/с или с различием скоростей более чем в 2 раза по сравнению с проксимальным отделом ВСА по данным дуплексного сканирования.

В 3-ю группу были включены 29 пациентов, из них 17 пациентам выполнена резекция окклюзированной ВСА с пластикой наружной сонной артерии, 6 пациентам – тромбэндартерэктомия из ВСА с пластикой аутовенозной заплатой, ещё 6 пациентам выполнена эверсионная КЭАЭ при тромботической окклюзии ВСА. 11 пациентам был восстановлен магистральный кровоток по ВСА в острейший период и у одного – на седьмые сутки ишемического инсульта

Противопоказаниями к хирургическому вмешательству явились: нарушение сознания пациентов до уровня сопора; наличие данных за геморрагический инсульт или отёк мозга; декомпенсация сопутствующей соматической патологии; сформированный очаг поражения ткани головного мозга размером более 60 мм; тяжесть неврологического дефекта по шкале Рэнкина более 4 баллов, по шкале инсульта (NIHSS) более 15 баллов. В этих случаях хирургическое вмешательство откладывалось до момента стабилизации неврологической симптоматики. Показания к операции в срочном порядке определяли коллегиально сосудистые хирурги, неврологи, анестезиологи, кардиологи. Выраженность неврологического дефицита по шкале Рэнкина в каждой из 3 групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Выраженность неврологического дефицита до операции

Неврологический дефицит по шкале Рэнкина	1-я группа (n=94)	2-я группа (n=22)	3-я группа (n=29)
0 баллов	0	0	0
1-2 балла	39 (41,5%)	5 (22,7%)	9 (31%)
3 балла	43 (45,7%)	13 (59,1%)	13 (44,8%)
4 балла	12 (12,8%)	4 (18,2%)	7 (24,2%)

Все операции выполнялись под общей анестезией. Виды срочных операций на сонных артериях представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Объём выполненных операций на артериях брахиоцефальной системы

Виды операций	Количество
Каротидная тромбэндартерэктомия	12
Каротидная эндартэктомия с вшиванием аутовенозной заплаты	13
Эверсионная каротидная эндартерэктомия	81
Эверсионная КЭАЭ + резекция ВСА при стенозе и патологической извитости	18
Резекция ВСА при патологической извитости с реддрессацией и реимплантацией в старое устье	4
Каротидно-подключичное шунтирование	1
Пластика НСА + резекция окклюзированной ВСА	17
Всего	146

Операции были выполнены в сроки от 1 до 21 суток с момента появления первых симптомов ишемического инсульта. В первые сутки ишемического инсульта оперировано 4 пациента, на 2-3-и сутки – 33, на 4-7-е сутки – 41, на 8-14-е сутки – 22, на 15-21-е сутки – 45 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде, к моменту выписки пациентов из стационара, регресс неврологической симптоматики отмечен у 124 (85%) из 145 оперированных пациентов. У 2 пациентов отмечено увеличение выраженности неврологического дефицита: у одного в виде развития гемиплегии (тяжесть дефекта возросла по шкале Рэнкина с 3 до 4); у другого пациента отмечено уменьшение мышечной силы в верхней конечности с 4 до 2 баллов без увеличения размеров ишемического очага по данным КТ головного мозга после операции и без ухудшения функциональной независимости пациента (3 балла по шкале Рэнкина до и после операции).

У одного пациента в раннем послеоперационном периоде возникло острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу (субарахноидальное кровоизлияние) с усугублением неврологического дефицита по шкале Рэнкина с 2 до 3 баллов.

По шкале оценки тяжести инсульта (NIHSS) дооперационный общий средний показатель до операции составлял 5,58 балла, а на 7-е сутки после операции он снизился до 1,83 балла.

У 22 пациентов к моменту выписки отмечен полный регресс неврологического дефицита (0 баллов по шкале Рэнкина). Суммарно выраженность неврологического дефицита по шкале Рэнкина после операции представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Выраженность неврологического дефицита после операции

Неврологический дефицит по шкале Рэнкина	1-я группа (n=91)	2-я группа (n=22)	3-я группа (n=27)
0 баллов	18 (19,8%)	4 (18,2%)	4 (14,8%)
1-2 балла	48 (52,7%)	2 (9,1%)	7 (25,9%)
3 балла	21 (23,1%)	14 (63,6%)	11 (40,8%)
4 балла	4 (4,4%)	2 (9,1%)	5 (18,5%)

В послеоперационном периоде умерли 5 (3,4%) пациентов. Из 1-й группы умерли 3 пациента с исходной тяжестью неврологического дефицита 2 и 3 балла по шкале Рэнкина. Из 3-й группы умерли 2 пациента с исходным неврологическим дефицитом по шкале Рэнкина 2 и 3 балла. У 3 пациентов при аутопсии были выявлены признаки повторного нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

ОБСУЖДЕНИЕ

Реконструктивные операции на артериях БЦС общепринято выполнять в сроки не ранее чем через 4-6 недель после завершённого ишемического инсульта.

Причина отказа от срочной операции была основана на результатах исследований, проведенных десятки лет назад. Bruetman M.E. et al. (1963), Wylie E.J. et al. (1964), Rob C.G. (1969) выявили высокую частоту (от 20 до 40%) геморрагических осложнений и расширение зоны инфаркта в ходе операций, проводимых слишком рано после инсульта [9,10,11].

Однако риск рецидивного инсульта в течение периода ожидания операции по сведениям различных авторов достигает до 10 % в течение первой недели и до 35% к концу первого месяца [3,4,12].

В исследованиях NASCET (1991) и ECST (1996) установлены преимущества каротидной эндартерэктомии, выполненной в течение первых 2 недель со времени развития ишемического инсульта [13,14].

Полученные в последнее время результаты сторонников срочных операций при инсульте достаточно обнадеживающие, а риск, связанный с ранним хирургическим вмешательством по сравнению с плановыми КЭАЭ не увеличивается [15-17].

Ишемический инсульт в настоящее время рассматривается как критическое состояние, требующее если не экстренной, то срочной медицинской помощи. Сохраняющаяся критическая ишемия головного мозга с функциональным повреждением ткани жизнеспособного мозга, окружающей зону некроза, зачастую требуют оптимальных лечебных технологий, патогенетически обусловленных, а это - раннее хирургическое лечение.

У больных с ишемическим инсультом, развившимся вследствие окклюзии сонных артерий, риск повторного инсульта значительно выше, чем при инсультах вследствие других причин. Причиной по мнению некоторых авторов является эмболия нестабильными массами, образующимися на дистальном участке окклюдированной тромба [18,19,20].

Оценка результатов наших наблюдений дает основание на вывод, что раннее восстановление кровотока при окклюзии или критическом стенозе ВСА создает условия для улучшения перфузии поврежденной зоны, что способствует более раннему регрессу неврологической симптоматики, а устранение источника эмболии головного мозга при стенозах более 55 % - предупреждению повторного инсульта или прогрессирующего его течения.

К моменту выписки пациентов из стационара, регресс неврологической симптоматики отмечен у 84,9% (124 человека) прооперированных пациентов. При этом у 17,7% (22 человека) из них отмечено полное восстановление неврологических функций (0 баллов по шкале Рэнкина).

Следующее клиническое наблюдение наглядно демонстрирует положительный результат хирургического лечения пациента в острый период ишемического инсульта.

Пациент Б., 53 лет, поступил в неврологическое отделение городского сосудистого центра ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 26.07.16 г. в 23 ч. с жалобами на нарушение речи, слабость и неловкость в левых конечностях.

Заболел остро, около 5 часов назад на фоне артериального давления 120/80 мм рт.ст. В анамнезе

- гипертоническая болезнь, гипотензивные препараты регулярно не принимает.

В неврологическом статусе: в сознании, менингеальных знаков нет. Пациент адекватен, ориентирован в месте, времени правильно. Глазные щели S=D, зрачки S=D, симметричные, фотореакция живая. Объем движения глазных яблок полный, нистагма нет. Сглажена левая носогубная складка, глоточные рефлексы вызываются. Дизартрия. Язык дивергирует влево. Нарушение чувствительности не выявлено. Сила мышц в левых конечностях 4 балла. Координаторные пробы с интенцией слева. Самостоятельно ходить не может из-за грубой атаксии. Синдром отталкивания. Сухожильные рефлексы S>D. Положительный симптом Бабинского слева. По шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) 6 баллов; по шкале Рэнкина - 4 балла, по шкале Ривермид - 3.

На КТ головного мозга: в проекции базальных ядер правой гемисфере (хвостатое ядро, ядро бледного шара, переднее бедро внутренней капсулы) определяется зона однородной структуры, с нечеткими контурами, размерами 32*25 мм с локальным отеком мозгового вещества, деформирующий рог латерального желудочка. Желудочковая система не расширена. Срединные структуры не смещены. Заключение: ишемический инсульт в базальных ядрах правой гемисферы большого мозга.

По данным цветного дуплексного сканирования сосудов БЦС выявлено: справа в ВСА окклюдированной тромб, в устье НСА гипеохогенная бляшка по ЦДК и гемодинамическим критериям с сужением просвета до 60-65%. Слева стенозирующих внутрисосудистых образований не выявлено.

Клинический диагноз: атеросклероз аорты и её ветвей. Тромбоз правой ВСА. Ишемический инсульт в бассейне правой СМА, в проекции базальных ядер, атеротромботического типа. Псевдобульбарный синдром. Центральный левосторонний гемипарез, левосторонняя гемиатаксия.

Пациент был осмотрен ангиохирургом. Консилиумом с неврологом, кардиологом, анестезиологом было принято решение об оперативном вмешательстве: каротидная эндартерэктомия справа в срочном порядке.

27.07.16 г, в 19-30 выполнена операция эверсионная каротидная эндартерэктомия справа под эндотрахеальным наркозом. Во время операции выявлено, что имеется атеросклеротическая бляшка в общей сонной артерии и в развилке ВСА, на $\frac{3}{4}$ перекрывшая их просвет. Далее ВСА не пульсирует, в просвете тромб. После пережатия артерий ВСА отсечена у устья. ВСА и НСА рассечены на 3 см. Выполнены тромбэндартерэктомия из ВСА, устья НСА, эверсионная эндартерэктомия из развилки ОСА. Получен удовлетворительный ретроградный кровоток из ВСА. Произведена реимплантация ВСА в развилку ОСА. Продолжительность пережатия сонных артерий 45 минут. Время операции 2 часа. Больной экстубирован на операционном столе. В течение суток после операции пациент находился в отделении реанимации, переведен в от-

деление неврологии через сутки после операции. Неврологический статус 28.07.16 г.: отмечается положительная динамика. Легко сглажена левая носогубная складка, сила мышц в левых конечностях восстановилась полностью, легкая левосторонняя гемиплегия. Пациент способен самостоятельно передвигаться по палате. Оценка по неврологическим шкалам: Ренкин - 1 балл, NINHSS-1, Ривермид-10 баллов.

Пациент выписан на 14-е сутки нахождения в стационаре с рефлекторным левосторонним гемипарезом, способен к самообслуживанию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты нашей работы дают основания считать, что в условиях многопрофильного стационара при строгом соблюдении критериев отбора оперативное лечение на БЦС в остром периоде ишемического инсульта имеет право рассматриваться как один из эффективных методов лечения данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Левин ОС, Усольцева НИ, Дударева МА. Когнитивные нарушения в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Российский медицинский журнал. 2009;(4):20-25. [Levin OS, Lunishchenko NA, Dudarova MA. Cognitive disorders in the early rehabilitative period of ischemic stroke. Rossiiskii Meditsinskii Zhurnal=Medical Journal of Russian Federation. 2009;(4):20-25 (in Russ.)].
2. Виберс ДО, Фейгин ВЛ, Браун РД. Инсульт: клиническое руководство. Пер. с англ. ВЛ. Фейгина. СПб.:Диалект; М.:БИНОМ;2005. [Wiebers DO, Feigin VL, Brown RD. Handbook of Stroke. Rochester;1997. (Russ. ed.: Vibers DO, Feigin VL, Braun RD. Insult: klinicheskoe rukovodstvo. SPb:Dialekt; Moscow:BINOM;2005.)].
3. Ferrero E, Ferri M, Viazzo A, Labate C, Berardi G, Pecchio A, et al. A retrospective study on early carotid endarterectomy within 48 hours after transient ischemic attack and stroke in evolution. Ann Vasc Surg. 2014;28(1):227-38. DOI: 10.1016/j.avsg.2013.02.015.
4. Jetty P, Husereau D, Kubelik D, Nagpal S, Brandys T, Hajjar G, et al. Wait times among patients with symptomatic carotid artery stenosis requiring carotid endarterectomy for stroke prevention. J Vasc Surg. 2012;56(3):661-7. DOI: 10.1016/j.jvs.2012.03.001.
5. Rockman C, Riles T. Carotid artery disease: selecting the appropriate asymptomatic patient for intervention. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther. 2010;22(1):30-7. DOI: 10.1177/1531003510379881.
6. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischaemic stroke or transient ischaemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke. 2006;37(2):577-617. DOI: 10.1161/01.STR.0000199147.30016.74.
7. European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. Cerebrovasc Dis. 2008;25(5):457-507. DOI: 10.1159/000131083. 2008;104.
8. Золотухин КН, Поляков ИВ, Самородов АВ. Сравнительный анализ мониторинга центральной гемодинамики монитором МПР 6-03 «Тритон» и «Picco Plus». Тольяттинский Медицинский Консилиум. 2012;(3-4):19-23. [Zolotukhin KN, Polyakov IV, Samorodov AV. Comparative analysis of circulatory dynamics monitoring with heartbeat monitor «Triton» vs. «PiccoPlus». Togliatti Medical Consultation. 2012;(3-4):19-23 (in Russ.)].
9. Bruetman ME, Fields WS, Crawford ES, de Bakey ME. Cerebral hemorrhage in carotid artery surgery. Arch Neurol. 1963;(9):458-67. DOI:10.1001/archneur.1963.00460110026002.
10. Rob CG. Operation for acute completed stroke due to thrombosis of the internal carotid artery. Surgery. 1969;(65):862-65. PMID: 5777239.
11. Wylie EJ, Hein MF, Adams JE. Intracranial hemorrhage following surgical revascularization for treatment of acute strokes. J Neurosurg. 1964;(21):212-15. DOI: 10.3171/jns.1964.21.3.0212.
12. Giles MF, Rothwell PM. Systematic review and pooled analysis of published and unpublished validations of the ABCD and ABCD2 transient ischemic attack risk scores. Stroke. 2010;41(4):667-73. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.571174.
13. Rerkasem K, Rothwell PM. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(4):CD001081. DOI: 10.1002/14651858.
14. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ. Sex difference in the effect of time from symptoms to surgery on benefit from carotid endarterectomy for transient ischemic attack and nondisabling stroke. Stroke. 2004;35(12):2855-61. DOI: 10.1161/01.STR.0000147040.20446.f6.
15. De Rango P, Brown MM, Chaturvedi S, Howard VJ, Jovin T, Mazya MV, et al. Summary of evidence on early carotid intervention for recently symptomatic stenosis based on meta-analysis of current risks. Stroke. 2015;46(12):3423-36. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.010764.
16. Дуданов ИП, Стафеева ИВ. Особенности когнитивных вызванных потенциалов у пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию в остром периоде ишемического инсульта. Современные проблемы науки и образования. 2015;(5):375. [Dudanov IP, Stafeeva IV. Features of cognitive evoked potentials in patients after carotid endarterectomy in acute ischemic stroke. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2015;(5):375 (in Russ.)].
17. Игнатьев ИМ. Операции на сонных артериях в остром периоде ишемического инсульта. Ангиология и сосудистая хирургия. 2011;17(2):113-18. [Ignatiev IM. Operations on carotid arteries in an acute stage of ischaemic stroke. Angiology and Vascular Surgery. 2011;17(2):113-18 (in Russ.)].

18. Ючино К, Пари Д, Гротта Д. Острый инсульт. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР;2012. 255 с. [Uchino K, Pary J, Grotta J. Acute Stroke Care. Moscow: GEOTAR;2012. 255 p. (Russ. ed.: Yuchino K, Pati J, Grotta J. Ostyi insult. Moscow: GEOTAR;2012. 255 p.)].

19. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Мустафин ИГ, Халиуллин ФА. Особенности экспрессии Р-селектина и агрегации тромбоцитов под действием лекарственных препаратов. Фармация. 2017;66(3):43-46. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Mustafin IG, Khaliullin FA. P-selectin expression of and platelet aggregation under the action of drugs. Pharmacy. 2017; 66(3):43-46 (in Russ.)].

20. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Халиуллин ФА. Полирегионарная агрегатометрия крови пациентов с острым тромбозом, как потенциальная модель доклинических исследований новых корректоров системы гемостаза ex vivo. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2017;16(1):65-71. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Khaliullin FA. Polyregional aggregatometry of blood in patients with acute thrombosis as a potential model for preclinical studies of new correctors of hemostasis system ex vivo. Regional Haemodynamics and Microcirculation. 2017;16(1):65-71 (in Russ.)].

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-54-59

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Д.А. Валишин¹, Р.Т. Мурзабаева¹, А.П. Мамон¹, Л.В. Арсланова¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

Валишин Дамир Асхатович – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Мурзабаева Расима Тимерьяровна – доктор медицинских наук, профессор, кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Мамон Андрей Петрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Арсланова Лира Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Цель работы - изучение клинико-лабораторных особенностей желтух с выделением наиболее информативных дифференциально-диагностических признаков болезней у пациентов, направленных в инфекционный стационар.

Материалы и методы. Проанализировано 127 амбулаторных и стационарных карт пациентов с синдромом желтухи. Использовались дополнительные методы исследований (общий и биохимический анализы крови, серологические и генно-молекулярные маркеры вирусных гепатитов, ФГДС, УЗИ, КТ и МРТ органов брюшной полости).

Результаты. Проводился комплексный анализ клинико-anamnestических данных и результатов дополнительного обследования больных, направленных в инфекционную клиническую больницу № 4 г. Уфы с подозрением на острые, хронические гепатиты и циррозы печени вирусной этиологии. Выделены наиболее информативные клинико-anamnestические данные, клинико-биохимические и сероиммунологические показатели при дифференциальной диагностике надпеченочных, печеночных невирусной этиологии и подпеченочных желтух, обусловленных острой хирургической патологией (токсические гепатиты, синдром Жильбера, калькулезный холецистит, острый панкреатит) и онкологическими заболеваниями органов брюшной полости (печени, поджелудочной железы, желудка, кишечника). В результате был установлен неинфекционный характер желтухи, и пациенты переведены в профильные стационары.

Заключение. Своевременная правильная оценка вида желтухи определяет дальнейшую врачебную тактику, объем лечебных мероприятий и место их проведения. При дифференциальной диагностике желтух следует тщательно анализировать клинико-anamnestические данные, функциональные печеночные пробы, а также использовать дополнительные инструментальные методы исследования.

Ключевые слова: синдром желтухи, дифференциальная диагностика, клинико-anamnestические данные, лабораторные и инструментальные методы исследований