

Чечулин А. А.

**ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ
ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ ИЗ СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ С СИСТЕМНОЙ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО
ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шамкалович А. В.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Традиционным подходом в лечении ишемического инфаркта головного мозга (ИГМ) стало применение системной тромболитической терапии (ТЛТ). Механическая эндоваскулярная реканализация (ЭР) – более управляемый метод восстановления кровотока в лечении острого ИГМ. Имеет место проведение ТЛТ в комплексе с эндоваскулярным вмешательством. Однако вопрос целесообразности такого сочетания еще предстоит выяснить.

Цель: определить эффективность сочетания реканализации среднимозговой артерии (СМА) с системной ТЛТ в лечении ИГМ в течение первых шести часов заболевания.

Материалы и методы. Изучены 57 электронных карт стационарных пациентов неврологического отделения №3 УЗ «ГКБСМП» за 2018-2021гг. (возраст 31-87 лет, 28 мужчин (56%) и 29 женщин (44%)). Критерии включения в исследование: кардиоэмболический ИГМ, реканализация методом внутрисосудистой тромбоэкстракции (ВСТЭ) СМА в сегменте М1 операционной системой Репубга в первые 6 часов заболевания без ТЛТ и с системной ТЛТ в течение 4,5 часов. Критерии невключения: противопоказания к ВСТЭ, повторные инсульты. Пациентов, которым ВСТЭ проводили без ТЛТ (n=27) разделили на три группы по тяжести ИГМ, рассчитанного по шкале инсульта национальных институтов здравоохранения (NIHSS). В группе 1 пациенты имели индекс тяжести ИГМ от 1 до 8 (n=11, средний возраст 44,9±10,8, смертность 60%), в группе 2 от 9 до 12 (n=6, средний возраст 63,6±7,8, смертность 40%), в группе 3 - свыше 13 (n=10, средний возраст 65,8±9,2, смертность 70%). Пациентов, которым ВСТЭ проводили после ТЛТ (n=30) разделили по такому же принципу. В группе 1' (n=5, средний возраст 70,4±8,1, смертность 65%), в группе 2' (n=10, средний возраст 59,4±10,8, смертность 49%), в 3' (n=15, средний возраст 67,4±11,4, смертность 90%). Критерием для оценки размеров зоны окклюзии СМА в сегменте М1 стали заключения КТ исследований на момент поступления и после вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Для пациентов группы 1 характерно увеличение объема зоны окклюзии СМА (7,3±2,0 и 14,9±2,3 (p<0,05)), сопровождаемое увеличением неврологического дефицита (увеличение баллов по шкале NIHSS) (5,0±2,0 и 7,3±2,3 (p<0,05)). Для группы 2 характерно уменьшение объема зоны окклюзии (15,9±1,2 и 12,2±2,3 (p<0,05)), сопровождаемое уменьшением неврологического дефицита (11,2±1,2 и 7,8±2,3 (p<0,05)). В группе 3 объем зоны окклюзии увеличился (37,8±2,2 и 42,4±2,4 (p<0,05)), что также коррелировало с увеличением баллов по шкале NIHSS ((18,3±4,2 и 19,2±3,4 (p<0,05)). В группе 1' наблюдается отрицательная динамика объема зоны ИГМ (115,5±19 и 190,1±20 (p<0,05)), сопровождаемая увеличением неврологического дефицита (6,4±1,5 и 15±3,6 (p<0,05)). В группе 2' динамика положительная, уменьшение объема ИГМ (115,6±6 и 66,1±8 (p<0,05)), сопровождаемое уменьшением неврологического дефицита (11,6±1,6 и 4,2±1,3 (p<0,05)). В группе 3' отрицательная динамика объема зоны ИГМ (66,8±8,2 и 99,7±7,4 (p<0,05)), баллов по шкале NIHSS ((19,2±3,1 и 20,9±4,6 (p<0,05)). Достоверной разницы в динамике изменения объема зоны ИГМ и неврологического дефицита в группах 1 и 1', 2 и 2', 3 и 3' выявлено не было.

Выводы. Для пациентов без ТЛТ и после ТЛТ наибольшая эффективность ВСТЭ достигается при неврологическом дефиците от 9 до 12 баллов по шкале NIHSS, что коррелирует с уменьшением зоны окклюзии СМА в сегменте М1. Для пациентов с неврологическим дефицитом от 1 до 8 баллов по шкале NIHSS, а также для пациентов с дефицитом свыше 13 баллов ВСТЭ не имеет высокой эффективности. Проведение ТЛТ достоверно не влияет на эффективность ВСТЭ.