



УДК 616.831-005.4:616-073.756.8

А.Б. Утегенова, А.С. Кульмухаметов

ГКП на ПХВ «Талгарская ЦРБ» Алматинской области, Алматинская многопрофильная клиническая больница, г.Алмата, Казахстан.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРАВОЙ ВСА ПРИ ПОВТОРНОМ ОНМК ПОСЛЕ ТРОМБОЛИЗИСА.

Резюме: в статье описывается случай эндоваскулярной ангиопластики внутренней сонной артерии при повторном атеротромботическом инсульте. Выполнена селективная церебральная ангиография и рентгенэндоваскулярная ангиопластика – стентирование правой внутренней сонной артерии со значительным клиническим улучшением в послеоперационном периоде: восстановление двигательного дефицита. Случай демонстрирует целесообразность и эффективность своевременного эндоваскулярного вмешательства при лечении ишемического инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеротромботический, окклюзия ВСА, рентгенэндоваскулярная ангиопластика.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы.

Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медико-социальной проблемой современного общества, что обусловлено их распространенностью, высокой смертностью, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. ВОЗ (2004 г.) объявила инсульт глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. В соответствии с оценками ВОЗ (2006) в мире ежегодно регистрируется около 6 млн. случаев мозгового инсульта, каждый четвертый из них — с летальным исходом. Наибольшая частота инсультов отмечена в Китае, Восточной Европе и России.

В США около 550 тыс. человек ежегодно переносят инсульт, около 150 тыс. человек умирает от этого заболевания, не менее 3 млн. человек, перенесших инсульт, имеют выраженный в различной степени неврологический дефицит. В Европе в среднем частота инсульта составляет около 200 случаев на 100 тыс. населения, и более половины из них становятся инвалидами. В ближайшие десятилетия эксперты ВОЗ предполагают дальнейшее увеличение количества мозговых инсультов. Согласно прогнозам, к 2020 г. заболеваемость инсультом возрастёт на 25% (до 7,6 млн. человек в год), что обусловлено старением населения планеты и ростом распространенности в популяции факторов риска мозговых инсультов [8]. Просле-

живается тенденция к омоложению сосудистой патологии мозга, приводящая к снижению, утрате трудоспособности или смерти лиц молодого трудоспособного возраста. За последние несколько лет третья часть от общего числа больных с нарушениями мозгового кровообращения составили лица в возрасте до 50 лет. В структуре острых нарушений мозгового кровообращения на долю инфарктов мозга приходится 80%, внутримозговых кровоизлияний — 15%, неопределенной этиологии — 5%. Примерно в 15% всех инфарктов мозга предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, церебральные гипертонические кризы), подлежащие неотложной медицинской помощи [3].

В США больничная летальность от ишемического инсульта составляет 7% и 33,1% по причине геморрагического инсульта. Для сравнения в Германии эти показатели ниже и составляют 3,4% и 18,2%, соответственно [15].

Инсульт является основной причиной около 8% всех смертей в странах ОЭСР в 2009 году. В среднем по странам ОЭСР в 2009 году стандартизованный показатель летальности для ишемического инсульта составляет около 5%, для геморрагического инсульта — 19%, что примерно в четыре раза выше, за счет более серьезных последствий внутримозгового кровоизлияния. Качество медицинской помощи при инсульте может и должно быть улучшено — об этом говорят значительные



различия показателей ежегодной заболеваемости и смертности в разных странах мира. Несмотря на то что в большинстве развитых стран действуют национальные и международные рекомендации по лечению инсульта, уровень этой помощи и прогноз для больных отличаются. Число выживших после инсульта больных, нуждавшихся в постороннем уходе, в 1993-1994 гг. варьировало от 35% в Италии до 77% в Великобритании; уровень социальной поддержки, способность больных к самообслуживанию и другие показатели также существенно отличались в разных странах (C. Wolfe et al., J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75: 1702-6). Инсульт представляет собой очень тяжелое заболевание. Каждые 5 секунд у одного человека на Земле развивается инсульт. Согласно статистике, за период с 1997 по 2007 г. смертность от инсульта в Европе снизилась на 34%, однако в связи со значительным старением населения число инсультов с каждым десятилетием увеличивается. Это заболевание занимает одну из лидирующих позиций в структуре смертности населения, связанной с болезнями системы кровообращения. В Испании инсульт – 1-я причина смертности среди женщин и 1-я причина инвалидизации среди лиц старше 60 лет. У 80% пациентов наблюдаются стойкие остаточные нарушения после перенесенного заболевания. Около 50% больных, выживших после инсульта, становятся инвалидами и не могут обходиться без посторонней помощи в повседневной жизни. Инсульт является 2-й по частоте причиной деменции, 1-й причиной эпилепсии у пожилых людей и частой причиной депрессии.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ:

Нами представлено клиническое наблюдение, демонстрирующее эффективность применения стента для восстановления кровотока по интракраниальным артериям.

Пациентка Лавренцова Любовь Семеновна, 1949 г/р поступила в нейроинсультное отделение Талгарской ЦРБ 08.02.2019 г. с диагнозом:

«ЦВЗ. Повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой СМА; атеротромботический подтип. Артериальная гипертензия 3 ст.; ФР 4 с поражением сосудов головного мозга. Н2А.».

Status nevrosus при поступлении:

Неврологический статус: В Сознании. Поведение: ориентирована. Реакция на осмотр: спокойная. Зрачки - D=S фотореакция: живая. Диплопия нет. Движение глазных яблок в полном объеме.

Нистагм да: горизонтальный, крупноразмашистый постоянный; 5-я пара: точки выхода безболезненны справа-1, 2, 3. слева-1, 2, 3- симметрично. 7-я пара: лицо симметричное 8-я пара: без особенности. 9-10 пары: глотание - не нарушено. 12-я пара: язык по средней линии. Менингеальные симптомы: нет; координаторные пробы: не выполняет. Афазия-нет. Сухожильные рефлексы, ослабленные D> S. Левосторонний гемипарез – 2,5- 3 б. Патологические знаки: нет. Функция тазовых органов- мочевыделение контролирует.

MPT головного мозга от 02.02.19 г.: Очаги ишемии в бассейне правой СМА. Перивентрикулярный лейкоареоз. Очаги глиоза в субкортикальных отделах обеих гемисфер головного мозга. Субатрофические изменения коры лобной, височной и теменной долей с обеих сторон. (Рисунок №1).

Проведено лечение: системный тромболизис Активизе в дозе 0,9 мг\кг массы тела.

В динамике: регресс неврологических симптомов до 5-6 б. по NIHSS. Выписана с улучшением.

27.02.19г. данная пациентка поступает в нейроинсультное отделение повторно – с клиникой ишемического инсульта в бассейне правой СМА.

МРА сосудов головного мозга от 27.02.19 г.: Признаки снижения кровотока во внутренней сонной артерии (экстра- и интракраниальные сегменты), ПМА и СМА, V3 V4-сегментах ПА справа (тромбоз?).

Направлена на консультацию к сосудистому нейрохирургу; рекомендовано оперативное лечение. В плановом порядке направлена на оперативное лечение в неврохирургическое отделение АМКБ, где выполнена операция: Эндоваскулярное восстановление или окклюзия сосудов головы и шеи: селективная церебральная ангиография, рентгенэндоваскулярная ангиопластика и стентирование правой ВСА.

Проведено дальнейшее медикаментозное лечение: антокоагулянтная терапия: кловик, фраксипарин, Ас-тромбин.

Самочувствие больной улучшилось: неврологический дефицит регрессировал.

Уровень сознания – ясно; ориентирована правильно, инструкции выполняет. Зрачки D=S. Фотореакция сохранена. Глазодвигательных расстройств нет. Лицосимметрично, язык по средней линии; глотание не затруднено. Сила мышц в конечностях – 5 б. Чувствительных расстройств нет. Речь не нарушена. Координаторные пробы выполняет.

Исход: Выписана с улучшением.

Выводы: своевременное эндоваскулярное вмешательство в остром периоде ишемического инсульта позволяет получить значительный ре-

гресс неврологического дефицита и предотвратить инвалидизацию.

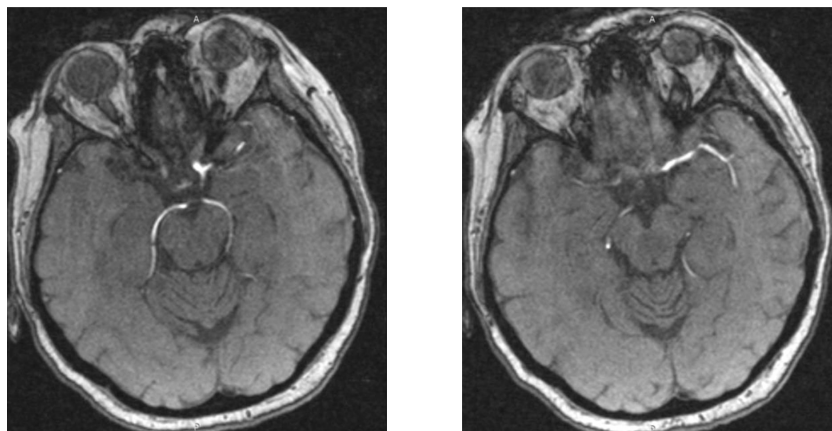


Рисунок 1. Признаки хронической ишемии. При анализе кровотока, левая СМА прослеживается, кровоток не нарушен, правая СМА прослеживается только до M2 сегмента, слабо контрастируется.

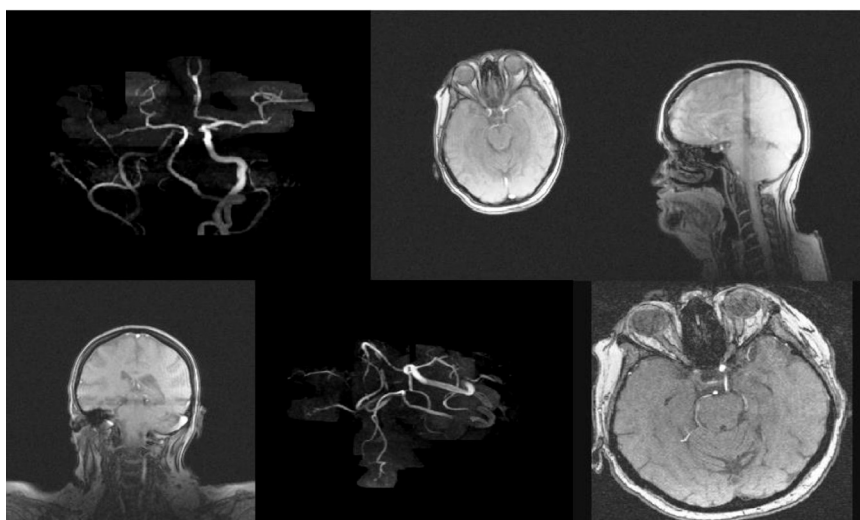


Рисунок 2. от 27.02.19 г.: Признаки снижения кровотока во внутренней сонной артерии (экстра- и интракраниальные сегменты), ПМА и СМА, V3 V4-сегментах ПА справа (тромбоз?).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта. Consilium Medicum.-200. - №2.- с.60-66.
2. Н.Н. Маслова, М.А. Милосердов. Роль диспетчера «03» в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Москва. 2012 г.
3. Европейские рекомендации по ведению инсульта. ESO. 2014г.
4. Батышева Т.Т., Парфенов В.П. Реабилитация больных, перенесших инсульт, а поликлинике восстановительного лечения. «Медицинский вестник» №12, М., 2009 г.
5. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. - М.,1999. – 672с.
6. Жулев Н.М. Цереброваскулярные заболевания. Профилактика и лечение инсульта. - Санкт-Петербург: Невский диалект, 2003. – 384с.
7. А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова. Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт. Роль медикаментозной терапии. Научный обзор. Нервные болезни. РАМН. Москва. 1/2014 г.



8. Инсульт: проблемы лечения и реабилитации в Казахстане. «Здоровье в Казахстане». 29.10.2014 г.
9. С. Wolfe et al. J. Neurology Neurosurgery and urgent psychiatry. 2004.
10. «Здоровье Казахстана», №06/37. Июнь 2015г.
11. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -2007. - Спец. Выпуск. – С.25-28.
12. «Достижения и существующие проблемы в лечении ишемического инсульта: от дого-

спитального этапа до ранней реабилитации». Джерзи Крупински, профессор, завед. отделением цереброваскулярных заболеваний департамента клинической неврологии Госпиталя университета Mutua Terassa, Испания. Барселона, Главный невролог Каталонии. По материалам 4 Научно-практической конференции с международным участием «Кай-шибаевские чтения: Актуальные проблемы неврологии» (3-4 октября 2014 г.

А.Б. Утегенова, А.С. Кульмухаметов

«Талгар орталық аудандық аурухана» ШЖҚ МҚК, Алматы облысы, Алматы көпсалалы клиникалық ауруханасы, Алматы қ, Қазақстан.

ҚАЙТАЛАНҒАН ИНСУЛЬТТИҢ ТРОМБОЛИЗИСТЕН КЕЙІН ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ АНГИОПЛАСТИКА МЕН ОҢ ЖАҚ ІШКІ ҰЙҚЫ АРТЕРИЯСЫН СТЕНТТЕУДІҢ СӘТТІ ЖАҒДАЙЫ

Түйіндеме: мақалада ішкі ұйқы артериясының эндоваскулярлы ангиопластика жағдайы қайталанған атеротромботикалық инсультте сипатталады. Селективті церебральды ангиография және рентгенэндоваскулярлық ангиопластика – операциядан кейінгі кезеңде елеулі клиникалық жақсартумен оң ішкі ұйқы артериясын стенттеу: қозғалыс тапшылығын қалпына келтіру орындалды. Оқиға ишемиялық инсультті емдеуде уақтылы эндоваскулярлық араласудың орындылығы мен тиімділігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: ишемиялық инсульт, атеротромботикалық, ІҰА окклюзиясы, рентгенэндоваскулярлық ангиопластика.

A.B. Utegenova, A.S. Kulmukhametov

Talgar Central district hospital, Almaty region, Almaty multidisciplinary clinical hospital, Almaty, Kazakhstan

A CASE OF SUCCESSFUL ENDOVASCULAR ANGIOPLASTICS AND STENTING OF THE RIGHT INTERNAL CAROTID ARTERY IN REPEATED STROKE AFTER THROMBOLYSIS

Summary: The article describes the case of endovascular angioplasty of the internal carotid artery with recurrent atherothrombotic stroke. Selective cerebral angiography and endovascular angioplasty - stenting of the right internal carotid artery with significant clinical improvement in the postoperative period: restoration of motor deficit. The case demonstrates the feasibility and effectiveness of timely endovascular intervention in the treatment of ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke, atherothrombotic, occlusion of the ICA, endovascular angioplasty.



УДК 616.133.333

И.Н.Ширяева, А.С. Нурахметова, М.О. Корабаев, Н.К.Сейтбекова, Г.М.Мухамадиева, В.А.Демещенко, А.О. Багадаева, Н.Е. Зекенов, М.К. Нурсултанов, Ж. Ерболулы

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанский областной специализированный медицинский центр» УЗ ВКО
г. Усть-Каменогорск, Казахстан

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПРИМЕНЕНИИ ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ И СЕЛЕКТИВНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Инсульт сегодня по-прежнему остаётся важнейшей медико-социальной проблемой не только в Казахстане, но и во всём мире, что обусловлено высокими показателями роста заболеваемости, смертности и инвалидизации. Частью рутинных методов лечения церебрального инсульта в течение последних лет с ежегодным увеличением абсолютного количества выполненных процедур в Казахстане стала внутривенная тромболитическая терапия, а также механическая тромбоэкстракция, которая является активно развивающимся направлением в лечении ишемического инсульта. В данном клиническом наблюдении представлено описание пациента с ишемическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии, доставленного в стационар в ранние сроки от начала заболевания. Данному больному была выполнена процедура сочетанной реперфузионной терапии с хорошим клиническим и ангиографическим эффектом, а также оценкой отдаленных результатов.

Представленное клиническое наблюдение позволяет сделать заключение: 1. комбинаторное применение методов селективной тромболитической терапии и механической тромбоэкстракции демонстрирует высокую эффективность и безопасность; 2. при кардиоэмболическом инсульте с высокой плотностью тромба наиболее эффективно сочетанное применение эндоваскулярной тромбоэкстракции и селективной тромболитической терапии.

Ключевые слова: тромбоэкстракция, селективный тромболизис, клинический случай, эндоваскулярное лечение, острый ишемический инсульт

Введение

Инсульт сегодня по-прежнему остаётся важнейшей медико-социальной проблемой не только в Казахстане, но и во всём мире, что обусловлено высокими показателями роста заболеваемости, смертности и инвалидизации.

По статистике ежегодно в Казахстане регистрируется 40 тыс. инсультов, 85% из которых составляют ишемические инсульты. Смертность населения от инсульта за 2017 г. составила 65,77 (на 100тыс населения) [1].

По данным З.А. Суслина и Л.А. Гераскина, кардиоцеребральная эмболия обуславливает развитие 30-40% всех случаев ишемического инсульта. Медико-социальное значение этой проблемы подчеркивается тем, что кардиоэмболический инсульт нередко ассоциируется с выраженными неврологическими нарушениями и существенно ухудшает качество жизни пациентов [2,3].

Частью рутинных методов лечения церебрального инсульта в течение последних лет с ежегодным увеличением абсолютного количества выполненных процедур в Казахстане стала внутривенная тромболитическая терапия, а также механическая тромбоэкстракция, которая является активно развивающимся направлением в лечении ишемического инсульта [4].

Описание клинического случая

В данном клиническом наблюдении представлено описание пациента с ишемическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии, доставленного в стационар в ранние сроки от начала заболевания через 4 часа от начала симптомов. Ему была выполнена процедура сочетанной реперфузионной терапии с хорошим клиническим и ангиографическим эффектом, а также оценкой отдаленных результатов. Представленное клиническое наблюдение демон-



стрирует высокую эффективность и безопасность применения комбинации методов селективной тромболитической терапии и механической тромбэкстракции [4]. Пациент К., 1957г.р., доставлен в ПДО ВКО СМЦ г. Усть-Каменогорск с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения с жалобами на слабость в левых конечностях. В анамнезе: нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (варфарин не принимал); артериальная гипертензия в течение нескольких лет - препараты регулярно не принимал. Курение в течение 20 лет. При осмотре больной был в умеренном оглушении, шкала ком Глазго составила 13 б. По NIHSS – 15 б., что соответствует средней степени тяжести, отмечалось гемиигнорирование слева. ЧМН: глазные щели равные. Зрачки D=S, фотореакция зрачков живая. Взгляд фиксирован вправо. Лицо асимметричное, левый угол рта опущен. Девиация языка. Сила мышц левых конечностей составила: в руке проксимально- 0 б., дистально -1 б., в ноге- 16. Проба Барре положительная слева. Сухожильные рефлексы ниже слева. Менингеальных знаков нет. Координаторные пробы левыми конечностями не выполняет. На момент поступления индекс Бартела составил 25 б., шкала Рэнкина – 4 б. На КТ головного мозга определяется гиперденсивность средней мозговой артерии справа. Предварительный диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт по типу кардиоэмболии в бассейне правой средней мозговой артерии. Левосторонний глубокий гемипарез. Далее больной был экстренно взят на селективную церебральную ангиографию для последующей тромбэкстракции с проведением селективного тромболизиса во время операции. После обработки операционного поля под общей анестезией выполнена пункция и катетеризация правой общей

бедренной артерии ниже паховой связки. В просвет артерии установлен интрадьюсер. Направительный катетер, подсоединенный к промывной системе высокого давления через У-коннектор, при СЦА ОСА слева патологий не выявлено, ПМА справа в А2 визуализировалась. Далее катетер был заведен в правую общую сонную артерию, на ангиографии визуализируется тромботическая окклюзия внутренней сонной артерии (рис.1А). Из-за плотности тромба микропроводник провести за тромб не удавалось. К тромбу подведен микрокатетер и через него введен Актилизе 4 мг в течение 10 мин. После чего была выполнена селективная ангиография: сохранялась тромботическая окклюзия на уровне бифуркации ВСА. Проведена повторная попытка, после которой удалось провести микропроводник за тромб в М1 сегмент средней мозговой артерии, по проводнику проведен и установлен микрокатетер, подсоединенный к промывной системе высокого давления через У-коннектор. Проводник удален, по микрокатетеру заведено реваскуляризирующее устройство. Далее стент-ретривер раскрыт с захватом устья М1 сегмента до 2/3, выполнена тромбэктомия, получен сформированный красный тромб длиной до 2,0 см. Контрольная ангиография показала, что проходимость М1М2М3 средней мозговой артерии и А1А2А3 сегментов удовлетворительная, кровоток ТICI 3 (рис.1В). Операция прошла без осложнений.

Исход. В послеоперационном периоде у пациента в первые сутки после операции отмечается улучшение неврологического статуса: движения глазных яблок в полном объеме, нарастание силы левых конечностей в руке до 4 б., в ноге 3,5 б. По шкале NIHSS – 4 б. Индекс Бартела- 80 б. Шкала Рэнкина -2 б.

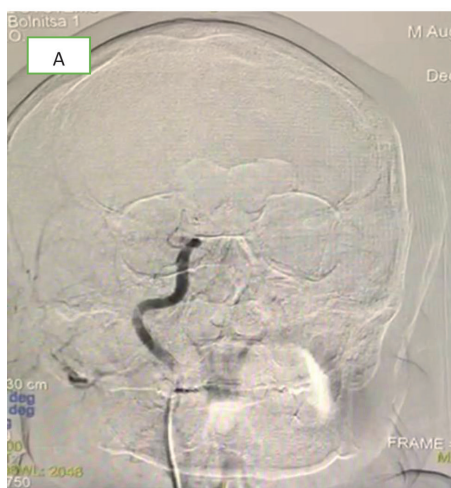


Рис 1. до (А) и после (В)



Дискуссия

Согласно результатам исследований зарубежных авторов, благоприятный клинический исход отмечается у больных после сочетанного применения тромбоэкстракции и селективной тромболитической терапии [5,6].

По данным Huded V et al., крупные рандомизированные исследования, такие, как IMS 3, Synthesis Expansion, and MR rescue показали, что эндоваскулярная тромбоэкстракция имеет менее благоприятный клинический исход, так как по утверждению Leischner H et al., основными причинами неуспешной эндоваскулярной реканализации являются трудный анатомический доступ и повышенная плотность тромба [7,8].

Приведённый клинический пример демонстрирует успешное использование сочетанной тромбоэкстракции и селективной тромболитической терапии для лечения острой окклюзии интрацеребральных артерий.

Заключение

Таким образом, настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую эффективность и безопасность применения комбинации методов селективной тромболитической терапии и механической тромбоэкстракции; а также показывает, что при кардиоэмболическом инсульте при высокой плотности тромба эффективнее применение сочетания селективной тромболитической терапии и эндоваскулярной тромбоэкстракции, что доказывает данный клинический случай.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Статистический сборник МЗ РК 2016-2017гг.
2. З. А. Суслина, М. А. Пирадов, Инсульт: диагностика, лечение, профилактика // Москва: МЕДпресс-информ - 2008. – Стр.288.
3. Л. А. Гераскина, Кардиоэмболический инсульт: многообразие причин и современные подходы к профилактике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – 2013. - №4.
4. Л.Р. Лайпанова и др., Случай успешной реканализации у больной ишемическим инсультом при сочетанном применении внутривенной тромболитической терапии и тромбоэкстракции // Фарматека-2018-№10-Стр. 57-64
5. Sairanen T., Ritvonon J., Should we thrombolyse prior to endovascular treatment in acute stroke?// Clinical Neurology and Neurosurgery – 2018.
6. Kass-Hout T. et al., Is bridging with intravenous thrombolysis of any benefit in endovascular therapy for acute ischemic stroke? // World Neurosurgery – 2014.
7. Huded V. et al., Thrombolysis in acute ischemic stroke: Experience from a tertiary care centre in India // J Neurosci Rural Pract. – 2014. - Vol. 5(1) - P.25-30.
8. Leischner H. et al., Reasons for failed endovascular recanalization attempts in stroke patients // J Neurointerv Surg. – 2018. - Nov 24.



И.Н.Ширяева, А.С. Нурахметова, М.О. Корабаев, Н.К.Сейтбекова, Г.М.Мухамадиева, В.А.Демещенко, А.О. Багадаева, Н.Е. Зекенов, М.К. Нурсултанов, Ж. Ерболулы

Шығыс Қазақстан облыстық мамандандырылған медициналық орталығы, Өскемен қ., Қазақстан

ТРОМБОЭКСТРАКЦИЯ МЕН СЕЛЕКТИВТІ ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫ БІРІКТІРІП ҚОЛДАНҒАНДА ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТА СӘТТІ РЕКАНАЛИЗАЦИЯЛАНУ ЖАҒДАЙЫ

(ІС-ТӘЖІРИБЕ ЖӘНЕ ӘДЕБИ ШОЛУ)

ТҮЙІНДЕМЕ. Аурушаңдық, өлімділік және мүгедектіктің жоғары көрсеткіштерінің жоғары болуына байланысты бүгінгі күні инсульт Қазақстанда ғана емес бүкіл әлемде маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе болып қалуда. Қазақстанда соңғы жылдары ишемиялық инсультты емдеуде тамырішілік тромболитикалық терапия қолданылады және жүргізілетін ем-шаралардың саны жыл сайын өсуде. Сонымен қатар механикалық тромбоэкстракция ишемиялық инсультты емдеудің дамушы бағыты болып саналады. Берілген клиникалық мысалда аурудың алғашқы кезеңінде стационарға жеткізілген оң жақ ортаңғы милық артерия бассейнінің ишемиялық инсульті бар науқастың сипаттамасы көрсетілген. Бұл науқасқа жақсы клиникалық және ангиографиялық әсерге әкелген құрамалы (сочетанная) реперфузиялық терапия жүргізілген.

Берілген клиникалық мысал келесі қорытындыларға әкелді: 1. селективті тромболитикалық терапия және механикалық тромбоэкстракцияны бірге қолдану жоғары эффективтілік пен қауіпсіздікті көрсетеді. 2. Тығыздығы жоғары тромбтың түзілуіне әкелетін кардиоэмболиялық инсульт кезінде эндоваскулярлық тромбоэкстракция және селективті тромболитикалық терапияны бірге қолданудың әсері жоғарырақ.

Түйінді сөздер: тромбоэкстракция, селективті тромболитикалық терапия, клиникалық мысал, эндоваскулярлық ем, жедел ишемиялық инсульт

I.N.Zhiryayeva, A.S. Nurahmetova, M.O. Korabayev, N.K. Seitbekova, G.M. Muhamadieva, V.A. Demenchenko, A.O. Bagadaeva, N.E. Zekenov, M.K. Nursultanov, Zh. Erboluly

East Kazakhstan regional specialized medical center, Ust Kamenogorsk, Kazakhstan

A CASE OF SUCCESSFUL RECANALIZATION IN A PATIENT WITH ISCHEMIC STROKE WITH COMBINED USE OF TROMBECTOMY AND SELECTIVE THROMBOLYTIC THERAPY

(CASE STUDY AND LITERATURE REVIEW)

SUMMARY. Nowadays, Brain Stroke is the most important medical and social problem not only in Kazakhstan, but in the whole world too, due to the high rates of increase in morbidity, mortality and disability. Intravenous thrombolytic therapy has become part of the routine treatment of cerebral stroke in recent years with an annual increase in the absolute number of procedures performed in Kazakhstan as well as mechanical thromboextraction, which is an actively developing area in the treatment of ischemic stroke.

This clinical observation describes the case of a patient with ischemic stroke in the pool of the right middle cerebral artery delivered to the hospital in the early onset of the disease.

The patient underwent the procedure of combined reperfusion therapy with a good clinical and angiographic effect, as well as an assessment of long-term results.

The presented clinical observation allows to conclude: 1. The combination of the methods of selective thrombolytic therapy and mechanical thrombus extraction demonstrates high efficiency and safety; 2. in case of cardioembolic stroke with high thrombus density, the most effective is the combined using of endovascular thromboextraction and selective thrombolytic therapy.

Key words: thromboextraction, selective thrombolytic therapy, clinical observation, endovascular treatment, acute ischemic stroke.