

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РЕПЕРФУЗИИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМ ТИПУ

Саскин В.А.¹, Поляшов А.С.¹, Панкратьев С.Е.¹, Недашковский Э.В.²

МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Волосевич Е.Е.» г. Архангельска¹, Северный государственный медицинский университет

2

Введение: Внедрение в клиническую практику тромболитика с использованием тромболитиков нового поколения открывает широкие перспективы в улучшении качества неотложной неврологической помощи населению. Неотложная неврология основывается на двух принципах – реперфузия и нейропротекция. Тромболитическая терапия (ТЛТ) – один из лучших вариантов реперфузии. К сожалению этот вариант реперфузии ограничен временным промежутком, известным как «терапевтическое окно».

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, которым проведена ТЛТ, за 2008-2009 год. Согласно критериям TOAST в 16 случаях определен кардиоэмболический генез ОНМК, в 11 случаях – атеротромботический. По локализации: ишемический инсульт в левом каротидном бассейне – 15 случаев, в правом каротидном бассейне – 12 случаев.

Показания для проведения ТЛТ: ишемический инсульт, возраст 18-80 лет, продолжительность острой неврологической дисфункции не более 4 часов, отсутствие значительного клинического улучшения перед началом ТЛТ. В соответствии с принятыми стандартами до начала ТЛТ всем больным выполнялась рентгеновская компьютерная томография головного мозга, выяснялись противопоказания к ТЛТ, производился забор крови для оценки состояния сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза.

Для тромболитика использовался рекомбинантный тканевой активатор плазминогена – алтеплаза (АКТИЛИЗЕ®). Используемая методика системного тромболитика – алтеплаза внутривенно в дозе 0,9 мг/кг массы тела (максимальная доза 90 мг), при этом 10% препарата вводилось внутривенно дозатором в течение первой минуты, остальная часть – в течение часа. Неврологический статус оценивался по шкале Глазго (ШКГ) и шкале инсульта национального института здоровья (NIHSS) при поступлении; шкале NIHSS через сутки после ТЛТ и на момент выписки. Исход оценивался по шкале Рэнкин (RANKIN SCALE) на момент

выписки: 0 – норма, 1 – есть клинические симптомы, но может все выполнять, 2 – не может выполнять некоторые привычные дела, но себя обслуживает сам, 3 – требует некоторой помощи в обслуживании, но ходит сам, 4 – без помощи не ходит и в большинстве случаев нужна помощь, 5– лежачий, постоянный уход, 6 – смерть.

По итогам оценки историй болезни все больные разделены на 2 основные группы:

1 группа (17 человек) – ТЛТ проведена со строгим соблюдением протокола, 2 группа (10 человек) – ТЛТ проведена без учета некоторых противопоказаний - это чаще всего повторное ОНМК, тяжелый неврологический дефицит (высокий балл по шкале NIHSS), неизвестная точно экспозиция. В качестве геморрагических осложнений оценивалось появление симптомной геморрагической трансформации зоны инсульта.

Результаты: Группы не различались по возрасту и по полу. В первой группе средний возраст составил $64,3 \pm 11,9$ лет, во второй - $64,7 \pm 14,7$ года. Нет межгрупповых различий по времени поступления, времени до ТЛТ. В первой группе общее время от возникновения клиники ОНМК до «иглы» составило $145,3 \pm 36,4$ минут, а во второй группе - $148,0 \pm 28,7$ минут. Доза алтеплазы, использованная для ТЛТ, в первой группе $66,8 \pm 12,1$ мг, во второй - $62,6 \pm 9,3$ мг. Получено достоверное различие по показателям шкалы Глазго, шкалы NIHSS при поступлении в стационар: 1-я группа – ШКГ $13,8 \pm 0,9$, NIHSS $13,2 \pm 5,9$, в сравнении со 2-й группой – ШКГ $11,9 \pm 1,7$ ($p < 0,05$), NIHSS $23,5 \pm 7$ ($p < 0,05$). Через сутки после проведенной ТЛТ группы так же достоверно различались по степени неврологического дефицита по шкале NIHSS $8,5 \pm 8,1$ и $25,4 \pm 10$ соответственно. Такое же достоверное межгрупповое различие сохранялось на момент выписки. В 1-й группе степень дефицита по NIHSS составила $3,9 \pm 5$ балла, в отличие от 2-й группы - $15,0 \pm 5,7$ балла ($p < 0,05$). Исход заболевания согласно RANKIN SCALE в 1-й группе оценивался в $1,9 \pm 1,8$ балла, во 2-й - $5,1 \pm 1,3$ балла ($p < 0,05$). На очень высоком уровне оказалась смертность (60%) и количество паренхиматозных кровоизлияний после ТЛТ (30%) во 2-й группе пациентов. При сравнении с 1-й группой имеется достоверно значимое различие ($p < 0,05$) в смертности (5,8%) и количестве кровоизлияний после ТЛТ (5,8%). Межгрупповые различия в количестве реанимационных и общих койко-дней достоверно не значимы.

Выводы:

1. ТЛТ – эффективный метод восстановления кровотока в зоне ишемии, сопровождающийся значительным регрессом неврологической дисфункции.
2. Необходимо четкое, доскональное соблюдение стандартизованного протокола обследования перед ТЛТ.

3. Проведение ТЛТ при исходной оценке по шкале Глазго менее 12 баллов, шкале NIHSS более 23 баллов сопровождается значимым ростом геморрагических осложнений и летальности.