

УДК 616.8-085.2/3

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ  
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИХ  
ИНСУЛЬТОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО  
СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 ГОРОДА  
КРАСНОДАРА**

Маремкулов Азамат Русланович – к.м.н.  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Потапова Алла Александровна – к.м.н.  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Бобров Андрей Игоревич  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Нелин Игорь Вячеславович  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Приведены результаты лечения больных ишемическим инсультом с использованием системной тромболитической терапии препаратом актилизе в условиях специализированного отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В результате проведенного лечения достигнуто существенное улучшение примерно у 85 % пациентов.

Ключевые слова: АКТИЛИЗЕ, ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, СИСТЕМНАЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

UDC 616.8-085.2/3

**EXPERIENCE OF TROMBOLYTIC THERAPY  
IN TREATMENT OF ISCHEMIC STROKES IN  
THE CONDITIONS OF PRIMARY VASCULAR  
BRANCH № 1 IN KRASNODAR**

Maremkoulov Azamat Ruslanovich – MD  
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar, Russia*

Potapova Alla Alexandrovna, MD  
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar, Russia*

Bobrov Andrey Iгореvich  
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar, Russia*

Nelin Igor Vyacheslavovich  
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar, Russia*

The results of treatment of patients with ischemic stroke using the complex trombolitic therapy with actilyse in special branch for patients with sharp violations of brain blood circulation are shown. A significant improvement was obtained approximately in 85 % of patients.

Key words: ACTILYSE, ISCHEMIC STROKE, COMPLEX THROMBOLYTIC THERAPY.

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, занимающей третье место среди причин смертности. Показатели ежегодной смертности от инсультов в России остаются одними из наиболее высоких в мире, достигая 175 случаев на 100 тысяч населения в год [7]. Согласно имеющимся статистическим данным, ранняя тридцатидневная летальность после инсульта составляет не менее 35 %, а в течение первого года с момента инсульта умирают около 50 % больных [1].

По данным Национального регистра инсульта, при стандартном подходе к терапии острых нарушений мозгового кровообращения, 31 % пациентов, перенесших инсульт, требуют постоянной посторонней помощи при осуществлении ухода за собой; 20 % не могут самостоятельно ходить; только 8 % выживших больных могут вернуться к прежней работе [5; 7].

С учетом этиопатогенетического механизма подавляющего большинства ишемических инсультов, устранение или растворение образовавшегося тромба, вызвавшего закупорку сосуда, представляет собой основную цель реперфузии [6]. Для реализации указанной цели наиболее перспективным является использование метода тромболитической терапии. На основании данных мультицентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований выявлено, что в настоящее время рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (rt-PA) является единственным препаратом с доказанными безопасностью и эффективностью при ишемическом инсульте [12].

Согласно Приказу МЗ и СР РФ №389н от 06.07.2009 г. все пациенты с острым инсультом независимо от тяжести состояния должны быть госпитализированы исключительно в специализированные отделения для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, где,

при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, им может и должен быть проведен тромболизис [13].

В когорте больных, получивших тромболитическую терапию, согласно общемировой статистике, вероятность благоприятного исхода инфаркта мозга с полным регрессом или минимальным остаточным неврологическим дефицитом возрастает на 30–50 % в сравнении с пациентами, получавшими традиционное лечение [1; 12; 13].

В неврологическом первичном сосудистом отделении № 1 МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» системный тромболизис был проведен 28 пациентам, что составило 3,7 % от общего числа поступивших в отделение больных ишемическим инсультом и 18,2 % от общего числа больных ишемическим инсультом, поступивших в течение первых 3-х часов от момента развития острой ишемической катастрофы.

Для проведения тромболитической терапии использовался препарат альтеплазы – Актилизе в дозе 0,9 мг/кг по стандартной методике, с ведением протокола динамического наблюдения и оценкой по шкале NIHSS [9; 10].

Среди пролеченных пациентов (табл. 1) было 13 (46,4 %) мужчин и 15 (53,6 %) женщин в возрасте от 46 до 75 лет, средний возраст которых составил 62,5 года.

Таблица 1 – Половозрастная характеристика пациентов

Показатель	Пол		Возраст, лет							средний
	муж.	жен.	≤50	51–55	56–60	61–65	66–70	71–75	76–80	
Количество	13	15	2	3	6	0	4	12	0	62,5 ± 1,6

Все обследуемые 28 пациентов страдали гипертонической болезнью, у 16 из них (57,1 %) имела место фибрилляция предсердий, у 2-х (7,1 %)

был ранее установлен кардиостимулятор, 3 (10,7 %) пациента имели сахарный диабет (табл. 2). У 19 (67,9 %) из пролеченных больных был диагностирован впервые возникший ишемический инсульт, а у 9 (32,1 %) человек инфаркт мозга возник повторно.

По результатам триплексного сканирования брахиоцефальных артерий (БЦА) (см. табл. 2) у 8 (28,6 %) пациентов не было выявлено стенозирующего процесса, у 3-х (10,7 %) был выявлен стеноз стратегического сосуда, не превышающий 25 % его просвета. У 9 (35,7 %) больных стеноз достигал 26–50 %, у 4-х (14,3 %) человек – 51–75 %, а также у 4-х пациентов (14,3 %) была выявлена тромбоокклюзия.

Таблица 2 – Характеристика соматической патологии пациентов

Показатель	Имеющиеся заболевания					Стеноз БЦА				
	гиперт. болезнь	фибрилляция предсердий	кардиостимулятор	сахарный диабет	инсульт	0–25	26–50	51–75	76–90	91–100
Количество	28	16	2	3	9	11	9	4	0	4

Протоколом системной тромболитической терапии предполагается её проведение в рамках трехчасового окна с момента манифестации неврологического дефицита. Среди пролеченных нами шести пациентам (21,4 %) терапия проведена в промежутке 2,0–2,5 часов, а двадцати двум (78,6 %) – 2,5–3,0 часов.

При оценке неврологического дефицита по шкале NIHSS на момент госпитализации пациентов средний балл составил 12,9 баллов, по завершении тромболиза – 7,9 баллов, а на момент выписки из стационара – 5,8 баллов (рис. 1).

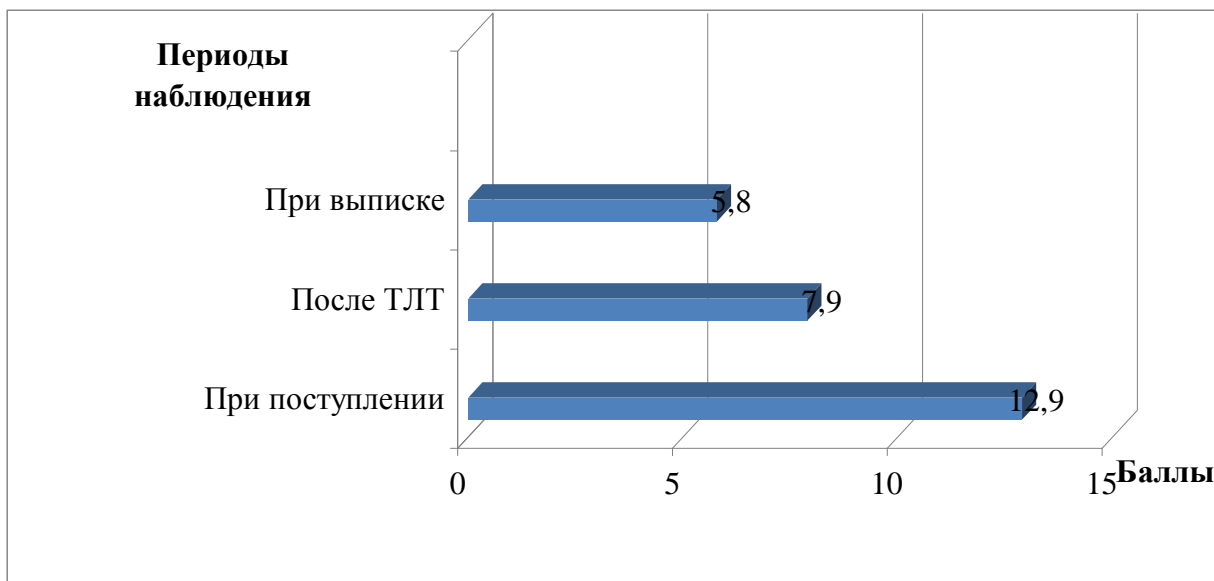


Рисунок 1. Динамика неврологического дефицита по шкале NIHSS

Показатели среднего балла по шкале Ривермид у данной группы пациентов возросли с 1,6 при поступлении до 8,9 при выписке (рис. 2).

По шкале Рэнкина динамика неврологического дефицита составляла от 4 баллов (при поступлении в стационар) до 2,3 баллов при выписке (см. рис. 2).

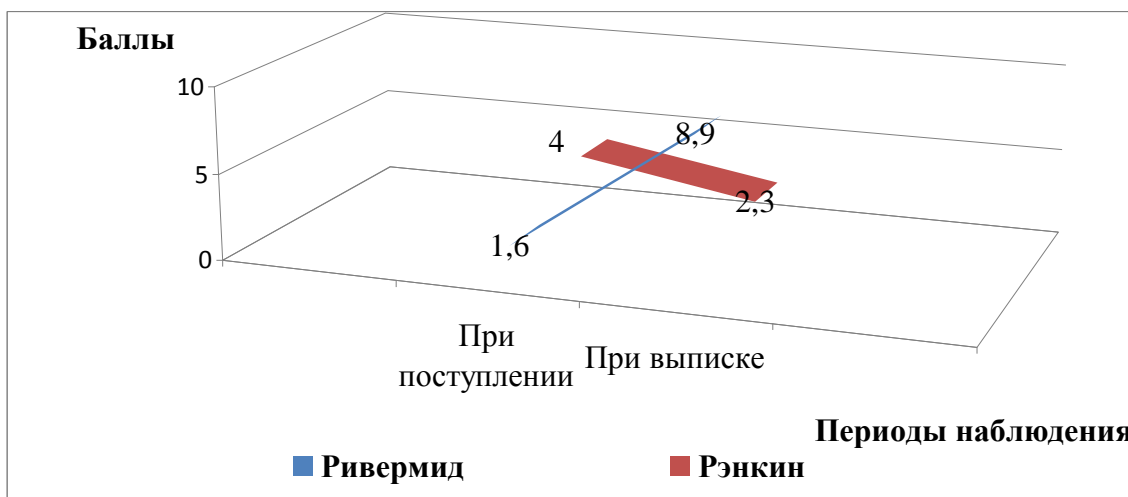


Рисунок 2. Динамика состояния пациентов согласно шкалам Ривермид и Рэнкин

В результате проведения системной тромболитической терапии нами не было выявлено ни одного случая внецеребральных осложнений, в двух

случаях (7,1 %) имело место образование асимптомных внутримозговых геморрагий (у одного пациента – 1-го типа, у другого – 2-го типа). В одном случае (3,6 %) тромболитическая терапия осложнилась фатальным интрапаренхиматозным кровоизлиянием 2-го типа.

Среди пролеченных пациентов случаи летального исхода составили 10,7 % (3 человека), причем двое из них погибли от тромбоэмболии легочной артерии на 8-е (один пациент) и на 11-е (один пациент) сутки, соответственно. Один пациент (3,6 %) выписался без улучшений; у 16 больных (57,1 %) имел место значительный регресс неврологического дефицита; 8 пациентов (28,6 %) выписались с полным нивелированием имевшейся очаговой неврологической симптоматики (табл. 3).

Таблица 3 – Исходы тромболитической терапии

Результат	Полный регресс	Значительный регресс	Отсутствие регресса	Exitus Letalis
Количество	8 (28,6 %)	16 (57,1 %)	1 (3,6 %)	3 (10,7 %)

Ниже нами приведены имеющиеся литературные данные о доле системного тромболизиса (его применяемости) при лечении ишемических инсультов в первичных сосудистых отделениях нескольких городов Российской Федерации, а также сведения о возрастном составе и клиническая (неврологическая) характеристика пациентов, которым проводилась тромболитическая терапия, представлены ее результаты (табл. 4) [2; 3; 4; 8; 11]. Это позволило провести более объективный сравнительный анализ тех сведений, которые мы получили в результате статистической обработки собственных данных.

Таблица 4 – Охват населения тромболитической терапией и ее эффективность при ишемических инсультах

Показатели	Первичные сосудистые отделения городов России						
	Воронеж, МБУЗ «ГК БСМП № 1»	<b>Краснодар, МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»</b>	Нижний Новгород, ГБУЗ НО «ГКБ № 5»	Тольятти, МБУЗ «ГБ № 2 им. В.В. Баныкина»	Тюмень, ГБЛП УТО «ОКБ № 2»	Шахты, МБУЗ ГБ СМП им. В.И. Ленина	
Количество пациентов ( <i>n</i> )	29	<b>28</b>	46	45	37	13	
Количество пациентов от всех с ишемическим инсультом, %	-*	<b>3,7</b>	4,3	-*	2,0	2,7	
Количество пациентов от всех с ишемическим инсультом в первые 3 часа, %	-*	<b>18,2</b>	-*	-*	-*	-*	
Средний возраст, лет	64,4	<b>62,5±1,6</b>	64,0	62,2±9,3	59,2	66,5	
Шкала NIHSS	до ТЛТ	15,8	<b>12,9</b>	12,5±2,0	15,7±5,6	14,8	-*
	после ТЛТ	7,6	<b>5,8</b>	6,3	5,2	-*	-*
Шкала Рэнкин	до ТЛТ	4,5	<b>4,0</b>	3,7	4,2±0,9	-*	3,8
	после ТЛТ	2,3	<b>2,3</b>	1,8	2,5±1,6	-*	2,4
Шкала Ривермид	до ТЛТ	-*	<b>1,6</b>	-*	1,4	-*	-*
	после ТЛТ	-*	<b>8,9</b>	-*	7,3	-*	-*
Летальность ( <i>n</i> ), %	4 (13,7 %)	<b>3 (10,7 %)</b>	6 (13,2 %)	-*	5 (13,5 %)	2 (15,4 %)	

**Примечание:** \* – данные не предоставлены.

Таким образом, показатели применяемости системной тромболитической терапии в неврологическом первичном сосудистом отделении № 1 МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» города Краснодара, а также результаты неврологической симптоматики и показатели летальности аналогичны данным, полученным в других специализированных

неврологических отделениях России, предназначенных для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

**Вывод.** Согласно данным литературных источников и полученных нами результатов исследования, системная тромболитическая терапия позволяет достоверно снизить показатели ранней (госпитальной) летальности и инвалидизации пациентов, перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, а порядка 30 %-м пролеченных – вернуться к полноценной жизни, что коррелирует с данными общемировой статистики [1; 5; 7].



## Список литературы

1. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 224 с.
2. Брук Б.И., Рябов А.А. Опыт применения медикаментозного внутривенного тромболитика у больных с ишемическим инсультом в условиях первичного сосудистого отделения // Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение: Материалы Российской научно-практической конференции; Пятигорск, Ставропольский край, 20–21 мая 2010 года. – М.: Реал Тайм, 2010. С. 119–120.
3. Губарева Е.А., Гердт А.М., Найденова В.В. и др. Эффективность тромболитической терапии ишемического инсульта в неврологическом отделении для лечения больных с ОНМК МБУЗ «ГБ № 2 им. В.В. Баныкина» г. Тольятти // Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение: Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции; Самара, 24–26 апреля 2012 года. – М.: Реал Тайм, 2012. С. 88–89.
4. Журавлев М.Н., Давыдов Г.П., Хацкелевич М.М. и др. Анализ эффективности системной тромболитической терапии ишемического инсульта // Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение: Материалы Российской научно-практической конференции; Пятигорск, Ставропольский край, 20–21 мая 2010 года. – М.: Реал Тайм, 2010. С. 132.
5. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
6. Лебединец В.В., Мороз М.И., Бокатуева В.В. Успешный системный тромболитизис, проведенный в ЦКБ «Укрзалізняця» города Харькова // Медицинская газета 15 мая. – 2010. – № 9 (274). – С. 6.
7. Неврология и нейрохирургия: клинические рекомендации / Под ред. акад. РАМН Е.И. Гусева, акад. РАМН А.Н. Коновалова, проф. А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 368 с.
8. Пудов Е.В., Гусев С.В., Мартынова Г.А. и др. Опыт применения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в условиях первично-сосудистого отделения // Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение: Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции; Самара, 24–26 апреля 2012 года – М.: Реал Тайм, 2012. С. 99.
9. Распространенные шкалы в неврологии. – М.: ООО «ТАНГТАМ-КМ», 2012. – 120 с.
10. Румянцева С.А., Ступин В.А., Афанасьев В.В., Силина Е.В. Алгоритмы и схемы терапии заболеваний, часто встречающихся в клинической практике. – М. – Спб.: Международная издательская группа «Медицинская книга», 2012. – 432 с.
11. Сазонов И.Э. Тромболитическая терапия ишемического инсульта (опыт работы первичного сосудистого центра) // Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение: Материалы Российской научно-практической конференции; Пятигорск, Ставропольский край, 20–21 мая 2010 года – М.: Реал Тайм, 2010. С. 156–157.
12. Скворцова В.И., Шамалов Н.А. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте // Consilium medicum. – 2010. – № 9, Т. 12. – С. 2–9.
13. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте / Под ред. чл.-кор. РАМН проф. В.И. Скворцовой. – М., 2010. – 58 с.