

Эндоваскулярное лечение рецидивирующих каротидно-кавернозных соустьев

Котляревский Ю.А.3, Пятикоп В.А.1, Кutowой И.А.1,2, Сергиенко Ю.Г.1, Пшеничный А.А.2, Калюшко

В.Ю.1

1 Харьковский национальный медицинский университет

2 Коммунальное учреждение охраны здоровья «Харьковская областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

3 Харьковская клиническая больница на железно- дорожном транспорте №1 Филиал «Центр охраны здоровья» ПАО «Украинские железные дороги»

Артериовенозные соустья в области кавернозного синуса – патология сосудов головного мозга, обусловленная аномальным сбросом артериальной крови в венозный синус. В зависимости от ангиоархитектоники, фистулы подразделяются на прямые каротидно-кавернозные соустья ККС, когда сброс крови происходит из бассейна внутренней сонной артерии и не прямые или дуральные артериосинусные соустья АСС в кавернозном синусе со сбросом крови из бассейна наружной сонной артерии.

Цель: проанализировать случаи рецидивирования артерио-синусных соустьев в области кавернозного синуса после выполненных эндоваскулярных вмешательств.

Материалы и методы. Все больные обследованы согласно протоколов оказания медицинской помощи. Решающее значение в постановке диагноза и выборе тактики оперативного лечения имела цифровая селективная субтракционная церебральная ангиография ССЦАГ. Больные с прямыми каротидно-кавернозными соустьями прооперированы с применением отделяемых баллонов «GoldBalloon» BALT. Артерио-синусные соустья между ветвями наружной сонной артерии и кавернозным синусом выключались с помощью эмболизирующих составов и их комбинации.

Результаты. Всего прооперировано 24 больных. Из них 14 - 58%, с прямым ККС и 10 42% с непрямыми соустьями. Из 14 больных с прямым ККС у 8 больных проведено реконструктивное выключение, у 6 больных деконструктивное. При этом только в группе деконструктивного выключения получено 3 рецидива. В одном случае по перетокам ЗСoA из бассейна гомолатеральной позвоночной артерии, в другом случае – по перетокам из контрлатеральной ВСА. В одном случае отмечено появление в месте деструктивного выключения ККС аневризмы сонной артерии. В одном случае после тотального выключения непрямого АС-соустья получен рецидив из бассейна контрлатеральной НСА, а после его выключения, перетоки появились из бассейна ВСА.

Выводы. Причинами рецидивирования не прямых артериовенозных соустьев в области кавернозного синуса можно считать особенности артериального кровоснабжения ТМО, развитую систему артериальных и венозных анастомозов, коллатералей. Вероятность рецидива прямых ККС после эндоваскулярного вмешательства напрямую коррелирует с длительностью заболевания и развитием гипертрофии дренирующих вен, что затрудняет их надежное выключение. Нам представляются обоснованными рекомендации контрольных ангиографических исследований после эндоваскулярных эмболизаций ККС, в связи с гемодинамическими особенностями супракраниального сегмента ВСА, что способствует возникновению мешотчатых аневризм этой локализации.

Ключевые слова: каротидно-кавернозные соустья; артерио-венозные соустья; эндоваскулярное лечение.