

Полковников А.Ю., Тяглый С.В., Савченко Е.И., Савченко М.Е., Ксензов А.Ю., Зайцев Ю.В., Евченко Т.И.

Опыт эндоваскулярного лечения мешотчатых аневризм и АВМ головного мозга в условиях нейрохирургического отделения областной клинической больницы.

Запорожская областная клиническая больница,
Запорожский государственный медицинский университет
Запорожье, Украина
aipolkovnikov@gmail.com

Цель: Улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией в Запорожской области.

Материал и методы: В Запорожской области оказание специализированной медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией в полном объеме возможно на базе областной клинической больницы. С 2009 г. выполняются нейрорадиологические интервенции при аневризмах сосудов головного мозга, АВМ головного мозга, стенозированных поражениях брахиоцефальных артерий. За период с февраля 2009г. по май 2012г. прооперировано 46 пациентов с мешотчатыми аневризмами головного мозга, среди них 42 в острейшем и остром периоде кровоизлияния, в 18 случаях 39 % на фоне ангиоспазма различной степени выраженности. Возраст пациентов от 22 до 78 лет. Из них 26 женщин и 20 мужчин. Локализация аневризм: ВСА-12, СМА-15 из них в одном случае дистальная аневризма, ПМА-14, ЗНМА-4 из них в одном случае дистальная аневризма, бифуркация основной артерии-1. Контрольное исследование выполняли через 1 мес. (по показаниям) или 3 мес. при наблюдении пациентов оперированных в остром периоде кровоизлияния, через 6-ть мес. при наблюдении пациентов оперированных в «холодном» периоде и через год в обеих группах. Нами проведено 19 вмешательств по поводу стенозов брахиоцефальных артерий. Из них 16 ангиопластик со стентированием сонных артерий, в одном случае односессионно с двух сторон и 3 ангиопластики со стентированием позвоночной артерии. Прооперировано три пациента с АВМ больших полушарий головного мозга. При эмболизации АВМ использовался NBCA.

Результаты: Тотальная окклюзия полости аневризмы достигнута в 44 случаях из 46, что подтверждено данными контрольной ангиографии. В двух наблюдениях отмечена реканализация полости аневризмы выявленная на контрольных обследованиях и потребовавшая в одном случае двух повторных эмболизаций, в результате которых аневризма выключена из кровотока тотально. В одном случае произошло самопроизвольное отделение спирали с частичной миграцией последней в дистальное сосудистое русло при эмболизации МА офтальмического сегмента ВСА потребовавшее срочной имплантации интракраниального стента Neuroform, аневризма эмболизирована тотально с сохранением несущей артерии.

В двух из трех случаев среди эндоваскулярных эмболизаций АВМ полушарий головного мозга достигнуто субтотальное выключение АВМ из кровотока.

Выводы: Многопрофильная областная клиническая больница, являющаяся лечебным учреждением с наивысшей в регионе степенью аккредитации и обладающая наиболее мощной материально-технической базой, может служить базовым учреждением для создания регионального центра лечения и профилактики цереброваскулярных заболеваний.

Пятикоп В.А., Котляревский Ю.А.*, Кутовой И.А., Сергиенко Ю.Г., Пшеничный А.А.*, Набойченко А.Г.*

Эндоваскулярные методики в лечении патологии бассейна наружной сонной артерии

Харьковский национальный медицинский университет;
*Харьковская областная клиническая больница -
Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф
Харьков, Украина
kotlyarevskii@ukr.net

Целью нашей работы является улучшение и оптимизация результатов малоинвазивного лечения больных с патологическими состояниями, вовлекающими сосуды бассейна наружной сонной артерии (БНСА), в условиях многопрофильной клинической больницы.

Методы. Все больные при поступлении обследованы в соответствии со стандартами и протоколами оказания медицинской помощи. В том числе, с использованием методов нейровизуализации, ультразвуковой доплерографии магистральных сосудов головы и шеи, консультаций смежных специалистов. При наличии признаков патологического процесса сосудистого генеза и показаний к инвазивному лечению, больным выполнялась селективная церебральная ангиография с прицельной селективной ангиографией наружных каротидных бассейнов и переходом в эндоваскулярную операцию.

Результаты. Структура рассматриваемых клинических случаев представлена следующим образом.

В клинике с использованием эндоваскулярных методик произведено 11 тотальных выключений артериосинусных соустьев из БНСА, с достижением стоп-контраста, полной деваскуляризации афферентов и прекращения функционирования дренажных вен. Выполнена эмболизация 5 ангиом лица, что позволило существенно облегчить последующие косметические вмешательства, путем уменьшения интраоперационной кровопотери, и дало возможность увеличить радикальность операции. Также уменьшалась вероятность рецидива, за счет выключения не только основных питающих стволов, но и коллатерального кровотока. Также выполнена эмболизация 7 артериовенозных мальформаций БНСА различной локализации, в том числе в 2 случаях АВМ наружного носа, с последующей ринопластикой. Представленные методики оказали значительную помощь в борьбе с некупируемыми консервативно, профузными носовыми кровотечениями у 7 больных с тяжелой артериальной гипертензией. И в 2 случаях травмы носа, источник «проблемного» кровотечения верифицирован, как мальформация Киссельбахова сплетения. Все операции выполнены с использованием клеевых композитов, которыми выполнялась эмболизация питающих сосудов, после их селективной катетеризации.

Заключение. Использование методик интервенционной нейрорадиологии, а именно селективной наружной каротидангиографии в сочетании с использованием современных клеевых субстратов позволяет повысить эффективность лечения пациентов, в случаях ведущей роли БНСА в патогенезе заболеваний.

В ряде случаев (таких как симптомные артериосинусные соустья, угрожающие носовые кровотечения, осложнения и неоперабельность мальформаций лица) описанная методика становится единственным рациональным методом выбора при сочетании высокой эффективности с малой инвазивностью, минимальной травматичностью и низким процентом возможных осложнений.