

Реконструктивне стентування при аневризмах екстракраніальних відділів сонних артерій

Костюк М.Р., Яковенко Л.М., Орлов М.Ю.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
044 486-95-03
kostiuk@list.ru

Мета. Надати оцінку можливостям методики ендovasкулярного стентування у виключенні з кровообігу аневризматичних уражень екстракраніальних відділів внутрішніх сонних артерій (ВСА).

Матеріали та методи. Протягом минулих трьох років виконано три ендovasкулярні втручання хворим з аневризмами екстракраніальних відділів ВСА. В одному випадку (чоловік 30 років) формування аневризми було обумовлене проникаючим осколковим пораненням шиї, у хворої 29 років спостерігалось утворення аневризми внаслідок дисекції в ділянці сегментарного ураження артерії фіброзно-м'язевою дисплазією (ФМД) і у дівчинки 2 років 7 місяців генез аневризми був невідомий (не виключається вроджений характер захворювання). У ділянці розташування шийки аневризми двом дорослим хворим виконано установку саморозкривних каротидних стентів, дитині проведено імплантацію балон-розширюючого коронарного стенту. Система протиемболічного захисту мозку під час операцій не застосовувалась. Терміни спостереження в післяопераційному періоді склали від 4 місяців до 3,5 років.

Результати і їх обговорення. Із 204 ендovasкулярних операцій стентування при патологічних ураженнях магістральних церебральних артерій втручання з приводу аневризматичних уражень екстракраніальних відділів ВСА склали менше 1,5%. Інтраопераційних ускладнень не було. Прокідність просвіту ВСА після установки стенту не порушувалась. На контрольних ангиограмах безпосередньо після стентування мала місце тотальна облітерація аневризми, що сформувався на тлі ФМД ураження, а у двох інших спостереженнях було відмічено часткове заповнення порожнини аневризми контрастом із його затримкою в аневризмі до пізньої венозної фази. При ангиографічному дослідженні хворого із аневризмою ВСА травматичного генезу через 8 місяців після операції верифіковано повне виключення аневризми з кровообігу, ознак стенозування артерії в ділянці установленого стенту не було. Контрольне обстеження у третьому спостереженні заплановано провести через 6 місяців після операції.

Реконструкція внутрішнього просвіту артерії за допомогою стенту сприяє переспрямуванню кровоплину в порожнині аневризми зі створенням умов для тромбоформування, а ремоделювання внутрішнього шару судини за рахунок неоінтимогенезу забезпечує сепарування порожнини аневризми від кровоплину в артерії.

Висновки. Методика стентування має високу ефективність у виключенні з кровообігу аневризматичних уражень екстракраніальних відділів ВСА. Основна перевага методики полягає у її фізіологічності, мінімальній інвазивності і доступності всіх рівнів ураження екстракраніальних відділів ВСА для безпечного і радикального лікування даного виду патології.

Відновлення прохідності екстракраніального сегменту внутрішньої сонної артерії в гострому періоді її протяжного розшарування

Костюк М.Р.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
044 486-95-03
kostiuk@list.ru

Мета. Визначити технічну спроможність і ефективність застосування методики транслюмінальної ангиопластики і стентування в гострому періоді ішемічного інсульту, обумовленого протяжною дисекцією в екстракраніальному відділі внутрішньої сонної артерії (ВСА).

Матеріали та методи. Хворий чоловік 45 років був госпіталізований в ургентному порядку з глибоким парезом у правій руці і моторною афазією. Не дивлячись на своєчасно розпочату антикоагулянтну терапію вогнищеві неврологічні порушення зберігались протягом двох днів після початку захворювання. За результатами ультразвукового дослідження виявлена наявність тромботичних мас на усьому протяжі візуалізації лівої ВСА, при комп'ютерно-томографічному ішемічних змін в лівому каротидному басейні не спостерігалось. Селективна церебральна ангиографія визначила наявність високого ступеню звуження у середньо-верхньому сегменті екстракраніального відділу лівої ВСА і виразне уповільнення гемоперфузії у відповідній зоні церебральної васкуляризації. Наступного дня хворому була проведена ендovasкулярна операція з використанням протиемболічного фільтра, під час якої виконано установку двох саморозкривних каротидних стентів (довжиною відповідно 30 і 40мм) із частковим накладанням їх кінцевих ділянок і наступною балонною ангиопластиком.

Результати і їх обговорення. Завдяки проведеній операції вдалося повністю відновити прохідність ВСА на протяжі усієї ділянки стенотичного ураження і нормалізувати параметри церебральної гемоперфузії у лівому каротидному басейні. Тромбоемболічних ускладнень не було, при огляді фільтра емболічних включень не виявлено. Протягом наступних шести місяців спостерігалась позитивна динаміка відновлення вогнищевих неврологічних порушень (повторні курси реабілітаційного лікування). Контрольні ультразвукові дослідження через 4 і 10 місяців після операції засвідчили задовільну прохідність лівої ВСА екстракраніально на усьому доступному для сканування протяжі, а також фізіологічні показники кровоплину в мозкових артеріях відповідного басейну.

Висновки. Транслюмінальна ангиопластика і стентування із використанням системи протиемболічного захисту може ефективно застосовуватись для відновлення прохідності ВСА у гострому періоді її розшарування. Ця методика має особливе значення у хворих з декомпенсованим колатеральним кровоплином для попередження розвитку ішемічного інсульту. Своєчасна точна діагностика і ургентне ендovasкулярне втручання дозволяють в гострому періоді дисекції екстракраніального відділу ВСА уникнути незворотного ішемічного ураження мозку, а у випадку розвитку вогнищевих неврологічних дефектів можуть значно збільшити вірогідність його відновлення.