

Реконструктивна ендovasкулярна хірургія спінальних артеріовенозних мальформацій

Мороз В.В., Цімейко О.А.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
067 440 31 09
moroz.doc@online.ua

Проблема хірургічного лікування спінальних артеріовенозних мальформацій (САВМ) до даного часу є невирішеною. Оптимізація та вибір способу хірургічного лікування, з нашої точки зору, передбачає застосування повного арсеналу засобів та способів хірургічної корекції, які дозволяють досягнути максимального результату за умови мінімальної інвалідизації пацієнтів.

Метою даного дослідження є застосування ендovasкулярного методу хірургічного лікування САВМ з використанням сучасних ендovasкулярних технологій, які дозволяють виконати суперселективну катетеризацію аферентних судин САВМ з послідувочою емболізацією гнізда САВМ, впровадження комбінованих способів ендovasкулярного хірургічного лікування даної патології.

Матеріали і методи: дослідження базується на аналізі результатів комплексного обстеження та ендovasкулярного хірургічного лікування 27 хворих з САВМ, які перебували на лікуванні та були оперовані в клініці судинної нейрохірургії ІНХ АМНУ. З них жінок було 13, чоловіків 14. Вік хворих від 12 до 67 років. У 4 хворих САВМ була локалізована в шийному, у 19 – у грудному, і у 4 – у поперековому відділі спинного мозку. Вибір способу хірургічного лікування визначали за особливостями ангіоархітекtonіки САВМ в кожному конкретному випадку. За кількістю втручань – одна ендovasкулярна операція проведена 11 хворим, по дві ендovasкулярних операції – 8 хворим. Одному хворому виконано 3 ендovasкулярних втручання. В загальній сумі виконано 34 ендovasкулярних емболізації САВМ, серед яких 2 комбіновані операції, суть яких полягала в поєднанні емболізації відокремлюваними спіралями з емболізуючою композицією. Емболізація спіралями аневризми передньої спінальної артерії та САВМ виконана в 2 спостереженнях.

Результати та обговорення: результати хірургічного лікування оцінювали за шкалою Ренкін (Rankin Scale). У 21 пацієнта відмічене значне покращення стану у вигляді регресу провідникової неврологічної симптоматики, що відповідає 1 – 3 градації шкали Ренкін. У 4 хворих відмічається стабілізація стану до 4 градації шкали Ренкін. У 2 хворих відмічене погіршення стану після хірургічного лікування до 5 градації шкали Ренкін.

Висновки: можливості ендovasкулярного способу хірургічного лікування САВМ обумовлені впровадженням прогресивних мінімально-інвазивних технологій хірургічної корекції вказаної патології за умови адекватної оцінки можливості доступу до САВМ та її виключення з кровотоку з урахуванням ймовірності поглиблення неврологічного дефіциту.

Транскраніальне реконструктивне хірургічне лікування дистальних артеріальних аневризм задньо-нижньої артерії мозочка

Мороз В.В., Цімейко О.А.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
067 440-31-09
moroz.doc@online.ua

Артеріальні аневризми (АА) задньо-нижньої артерії мозочка (ЗНАМ) зустрічаються рідко і складають від 0,5 до 2,0 % від загальної кількості АА головного мозку. У переважаючій кількості спостережень вони локалізуються у місці відходження ЗНАМ від хребтової артерії (ХА) або в проксимальному відділі ЗНАМ. Дистальні АА ЗНАМ діагностуються вкрай рідко, відповідно складаючи 0,3 % від всіх АА ЗНАМ. Хірургічне лікування АА вказаної локалізації є складною проблемою в зв'язку з анатомо-топографічними та морфометричними особливостями ЗНАМ у дистальному сегменті. Аналізуючи власний матеріал виявлено, що дистальні АА ЗНАМ склали 28 % спостережень усіх АА ЗНАМ.

Матеріали та методи: дослідження базується на аналізі результатів обстеження та хірургічного лікування 12 (n=12) пацієнтів з АА дистального відділу ЗНАМ. Чоловіків було 5 (n=5), жінок 7 (n=7). Вік хворих складав від 19 до 67 років. У 1 (n=1) спостереженні мало місце поєднання множинних АА ЗНАМ з артеріовенозною мальформацією (АВМ) гемісфери та хробака мозочка. У всіх хворих (n=12) мав місце геморагічний перебіг захворювання. Всі пацієнти оперовані транскраніальним доступом. У 7 (n=7) спостереженнях застосовувався серединний субокципітальний доступ, який доповнювався резекцією задніх відділів дуги атланта, та у 5 (n=5) хворих виконували латеральний субокципітальний доступ. У 11 (n=11) хворих виконане моделювання шийки АА та послідувочої кліпування. У 1 (n=1) спостереженні одночасно виконане укріплення АА, кліпування іншої АА та екстирпація АВМ.

Результати та обговорення: оцінку результатів хірургічного лікування виконували за модифікованою шкалою наслідків Glasgow. Задовільного відновлення вдалось досягнути у 11 (n=11) спостереженнях (91,6 %). У 1(n=1) випадку зафіксовано летальний наслідок, спричинений повторним крововиливом з АА в умовах стаціонару на етапі передопераційної підготовки. Післяопераційна летальність складала 8,4 %. Серед ускладнень післяопераційного періоду, які потребували хірургічної корекції, слід відмітити розвиток ліквородинамічних порушень, що мали місце у 3 (n=3) пацієнтів (25 %).

Висновки: при аналізі власних спостережень виявлені певні закономірності: ЗНАМ найчастіше бере початок від задньо-бокової стінки ХА на 10 мм вище потиличного отвору і є найбільшою гілкою ХА. В 16 % спостережень ми спостерігали екстракраніальний варіант відходження ЗНАМ за наявності АА дистального відділу ЗНАМ. Найчастішою формою розриву АА ЗНАМ є формування субарахноїдально-вентрикулярного крововиливу (50 %) Оптимальним методом хірургічної корекції ми вважаємо транскраніальне хірургічне втручання, метою якого є моделювання шийки дистальної АА ЗНАМ та послідувочоє виключення АА з кровотоку шляхом її кліпування. Вибір доступу до АА повинен визначатись локалізацією АА ЗНАМ та її анатомо-топографічними та морфометричними характеристиками. В будь-якому випадку, слід віддавати перевагу реконструктивному способу хірургічного лікування. АА дистального сегменту ЗНАМ доступні для транс-краніального хірургічного лікування, вказаний спосіб лікування є оптимальним за наявності АА дистального відділу ЗНАМ.