

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В АО «РНЦНХ» Г. АСТАНА

М.С. Бердиходжаев, Е.Т. Махамбетов, Ф.Х. Смагулов, А.С. Шпеков, А.З. Нурпеисов, О.К. Балабаев, Р.А. Токшекенова, А.Г. Камзина, А.Е. Саменова, Турсынов Н.И.
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

Артериовенозные мальформации (АВМ) головного мозга комплексная сосудистая патология обычно представлена у молодой группы пациентов. У пациентов наблюдаются внутричерепные кровоизлияния, при этом риск частоты кровоизлияния в общем составляет от 2% до 4% в год. Цель лечения АВМ головного мозга - уменьшение риска кровотечения путем закрытия узла АВМ. Нами представлен опыт эндоваскулярного лечения пациентов с АВМ сосудов головного мозга.

Материал и методы. В период с июля 2008г. по декабрь 2011г. в условиях отделения сосудистой и функциональной нейрохирургии РНЦНХ выполнено эндоваскулярное лечение 125 пациентов с артериовенозными мальформациями сосудов головного мозга, проведено 177 этапов эмболизаций (1,4 этап/пациент), от 1 до 5 этапов эмболизаций, возраст пациентов от 7 до 68 лет (средний возраст 30 лет), женщин 46 (36,8%), мужчин 79 (63,2%), соотношение мужчин к женщинам 1,7 : 1. Для эмболизации использовалась жидкая эмболизирующая система Опух. Кровоизлияние в анамнезе перенесли 77 пациентов (61,6%), из них у 21 пациентов (27,3%) выявлен стойкий неврологический дефицит. У 76 пациентов (60,8%) ведущим симптомом заболевания являлись эпилептические припадки. Не разорвавшиеся АВМ были у 48 пациентов (38,4%). По линейным размерам АВМ пациенты распределены следующим образом: до 3 см – 44 (35,2%), от 3 см до 6 см – 69 (55,2%), от 6 см и более – 12 (9,6%). По характеру венозного дренажа: глубокий венозный дренаж – 59 пациентов (47,2%), корковый венозный дренаж – 66 пациентов (52,8%). У 53 пациентов (42,4%) в левом большом полушарии, у 61 пациентов (57,6%) в правом большом полушарии.

Эндоваскулярное лечение во всех случаях выполнялось в условиях общей анестезии, на моноплановой ангиографической системе. Систолическое артериальное давление удерживалось в пределах 85 и 110 мм.рт.ст. После выполнения диагностических ангиограмм, проводилась навигация микрокатетера в питающую артерию у узла или внутри узла АВМ. Сразу же после окончания операции пациентам проводилось КТ головного мозга. Пациенты пробуждались в течение 30 минут после операции.

Полная эмболизация АВМ достигнута у 32 па-

циентов (25,6%). В 6 случаях (4,8%) после выполнения эмболизации афферентов и узла АВМ проведено полное иссечение АВМ, из них в 2 случаях (1,6%) на фоне послеоперационного разрыва АВМ, в 4 случаях (3,3%) проведена плановая операция по иссечению АВМ – из них в 1 случае (0,8%) после предварительной эмболизации основных афферентов и части узла АВМ на следующий день после эмболизации, в 3 случаях (2,4%) через 3-6 месяцев после эмболизации.

Клинически значимые осложнения развились у 10 пациентов (8%), в том числе у 5 пациентов из группы 48 пациентов с нерозвавшимися АВМ (10,4%), и привели к развитию и прогрессированию стойкого неврологического дефицита у 7 пациентов (5,6%) по градации Спетцлер-Мартин (СМ) II – 2 пациента (1,6%), СМ III – 4 пациента (3,2%), СМ IV – 1 пациент (0,8%), летальному исходу в 3 случаях (2,4%) по градации СМ III – 1 пациент (0,8%), СМ IV – 1 пациент (0,8%), СМ V – 1 пациент (0,8%). У 7 пациентов (5,6%) развилось паренхиматозное кровоизлияние, у двух пациентов (1,6%) вентрикулярно – паренхиматозное кровоизлияние. Летальный исход был в 3 случаях (2,4%) и пациенты были III - V градации СМ.

Выводы. На вероятность осложнения при эмболизации АВМ могут повлиять две группы факторов риска: 1 – группа риска связанная с ангиоархитектоникой АВМ: большое количество питающих артерий и их функция (пиальная или перфорантная), большой размер АВМ, количество дренажных вен и наличие в них стенозов. 2 – группа риска связанная с процедурой эмболизации: опыт хирурга, продолжительность операции, тип микрокатетера, объем Опух, величина рефлюкса Опух, характер остаточной части АВМ после эмболизации. На основе анализа данных пациентов нашей группы, на прогноз кровоизлияния в отдаленном периоде, при нелеченных и частично эмболизированных АВМ могут влиять: наличие кровоизлияния в анамнезе, АВМ глубокой локализации (ствол, червь мозжечка, таламус и базальные ганглии) с глубоким венозным дренажем, количество дренажных вен и наличие стенозов в них. Применение современных достижений эндоваскулярной нейрохирургии, дает возможность с меньшим риском выполнить эмболизацию АВМ, улучшить клинический исход, и также дает надежду в излечении пациентам с АВМ высокой градации.