

Артериальные аневризмы сосудов головного мозга

Памятка для пациента

Артериальные аневризмы сосудов представляют собой ограниченное или диффузное расширение просвета артерии или выпячивание ее стенки.

Выделяют мешотчатые аневризмы (99%) и фузиформные аневризмы (1%). В мешотчатой аневризме различают шейку, тело и дно. Фузиформные аневризмы представляют собой диффузное расширение сосуда. Размеры и форма аневризм могут быть переменными. Аневризмы более 15 мм в диаметре считаются крупными, более 25 мм – гигантскими.

Клиническая симптоматика: небольшие аневризмы чаще всего проявляются внутричерепными кровоизлияниями, которые в зависимости от объема и локализации могут быть причиной тяжелого состояния больного, вплоть до смертельного исхода. Крупные и гигантские аневризмы могут вызывать очаговые неврологические расстройства за счет объемного воздействия на окружающие участки мозга или черепно-мозговые нервы. В остром периоде субарахноидального кровоизлияния тяжесть состояния может усугубляться нарастающим спазмом сосудов мозга, требующим специальной терапии. По мере уменьшения явлений спазма принимается решение о хирургическом вмешательстве.

Диагноз может быть подтвержден с помощью МРТ, МР-ангиографии, спиральной КТ-ангиографии. Контрастное ангиографическое исследование обычно совмещается с эндоваскулярным вмешательством или проводится непосредственно перед прямым вмешательством.

Лечение только хирургическое. Существуют несколько методов лечения аневризм: 1. Прямое хирургическое вмешательство (клипирование). 2. Эндоваскулярное лечение. 3. Комбинированные методики (клипирование со внутрисосудистой аспирацией крови из аневризмы). Выбор того или иного метода лечения базируется на анатомических параметрах аневризмы, ее локализации, тяжести состояния больного.

Методы эндоваскулярного выключения аневризмы из кровотока можно разделить на реконструктивные (окклюзия полости аневризмы с сохранением просвета несущего сосуда, возможно использование стента) и деконструктивные (с окклюзией просвета несущего аневризму сосуда).

Подготовка пациента к эндоваскулярной операции аналогична подготовке к ангиографическому исследованию. В случае использования стентов при неразорвавшихся аневризмах за 3 дня до операции требуется прием плавикса и тромбоасса. После эндоваскулярного выключения аневризмы в холодном периоде САК больной обычно выписывается из стационара на 2-3 сутки.



После выписки необходимо наблюдение невролога по месту жительства. При использовании стентов назначается плавикс (75 мг в день) и тромбоасс (100 мг в день) в течение 4-6 мес. после операции.

В зависимости от степени эндоваскулярного выключения аневризмы микроспиральями необходим ангиографический контроль через 6 - 12 мес. для подтверждения факта полной окклюзии или частичной реканализации. В случае когда производится окклюзия несущего сосуда по поводу гигантской аневризмы необходим МРТ контроль в сроки 3 – 6 - 12 мес. с целью наблюдения за динамикой уменьшения объема тромбированной аневризмы.