



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
«ДОСЯГНЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ – 2022»**

**4 лютого 2022 року**



**ЗАПОРІЖЖЯ – 2022**

## **ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

### **ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ:**

ректор ЗДМУ, Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Колесник Ю.М.

### **ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:**

проректор з наукової роботи, Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Туманський В.О.;

голова Координаційної ради з наукової роботи студентів, проф. Беленічев І.Ф.;

голова наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, проф. Павлов С.В.;

секретар Координаційної ради з наукової роботи студентів, ст. викл. Абросімов Ю.Ю.;

голова студентської ради ЗДМУ Федоров А.І.

### **ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:**

заступник голови студентської ради Будагов Р.І.; голова навчально-наукового сектору студентської ради Єложенко І.Л.

## СТЕНТУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ ПІД ЧАС ЕМБОЛІЗАЦІЇ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ

Ізбицька Н.В.

Науковий керівник: проф. Перцов В.І.

Кафедра медицини катастроф, військової медицини та нейрохірургії  
Запорізький державний медичний університет

Поєднання внутрішньочерепної аневризми та стенозу внутрішньої сонної артерії зустрічається рідко, близько 0,5-3,2% випадків. Ця тандемна патологія може бути проблематичною при ендovasкулярному лікуванні розірваної церебральної аневризми через труднощі, пов'язані з доступом через стенозовану артерію. Також, маніпуляції, пов'язані з дистальним доступом через ділянку стенозу, підвищують ризик емболічних ускладнень, а наявність операційного катетера в зоні стенозу може призвести до критичного зниження церебральної перфузії в іпсилатеральному басейні.

Більшість публікацій оцінюють ефективність та аналізують можливі види ускладнень при хірургічному лікуванні стенозу внутрішньої сонної артерії на тлі безсимптомної аневризми в іпсилатеральному судинному басейні за допомогою ендартеректомії або каротидного стентування.

Складність вибору тактики хірургічного лікування такої комбінованої патології пов'язана з різними сценаріями перебігу раннього післяопераційного періоду. Якщо на першому етапі розширити зону стенозу сонної артерії, то може статися різке підвищення церебрального перфузійного тиску, що підвищить потенційний ризик розриву аневризми. У той же час при ізольованій оклюзії аневризми знижений мозковий кровотік в басейні стенозованої сонної артерії може призвести до розвитку вторинної церебральної ішемії.

**Мета роботи:** Оцінити ефективність та безпечність стентування ВСА під час ендovasкулярної оклюзії церебральних аневризм каротидного басейну в гострому періоді САК.

**Матеріали та методи:** було проаналізовано результати лікування хворих в гострому періоді аневризматичного САК на тлі супутнього стенозу ВСА. Усього було 5 випадків (3,2% від усіх прооперованих хворих з 2012 по 2020 р. на базі відділення нейрохірургії КУ «ЗОКЛ» ЗОР) зі стенозуванням іпсилатеральної ВСА більш ніж 70% . Усім пацієнтам проведено інвазивну дигітальну церебральну ангиографію передопераційно, а також в терміні 3 та 12 місяців після операції.

Ступінь стенозу оцінювали за критеріями NASCET з використанням ангиографічних комплексів Siemens Axiom Artis MP і Toshiba Infinix.

Усім хворим виконували стандартне МСКТ-обстеження (Toshiba Aquillion 4 або 64 зрізи) та в ряді випадків МРТ (Hitachi Echelon, 1,5 Тл, Hitachi Airis II, 0,3 Тл) як у геморагічному періоді, так і у віддаленому періоді крововиливу.

У 4 випадках джерелом крововиливу була аневризма комплексу ПМА – ПСА, та в одному ВСА.

При односесійному стентуванні та емболізації МА хворі отримували дворазову дезагрегуючу терапію за день до операції та в день операції. Останні включали 150 мг клопідогрелю (плавікс) та 75 мг аспірину (кардіомагніл). Операцію проводили на тлі стандартної гепаринізації по 10 тис. у першу годину і далі по 5 тис. кожен наступну годину. За цим була стандартна подвійна дезагрегуюча терапія (аспірину 75 мг і клопідогрелю 75 мг протягом 6 місяців після операції).

При односеансному втручанні першим етапом було стентування гирла ВСА з використанням дистального захисту (стент з відкритою ячею "Protege" в одному випадку, стент з відкритою чарункою "Mer" в 2-ох випадках та двошаровий плетений стент "Casper" в 2-ох випадках, як дистальний захист використовували пристрій "Robin" (один випадок), "FilterWire EZ" (один випадок) та "Spider" у трьох випадках). Всі операції виконані трансфеморальним доступом.

Другим етапом виконана ендovasкулярна емболізація МА спіралями, що відокремлюються за допомогою операційного катетера дистального доступу 6F, останній був проведений дистально через стент над зоною стенозу, для забезпечення оптимальної стабільності системи. Гемостаз виконано за допомогою пристрою для закриття дефекту артерії AngioSeal.

**Результати:** У всіх випадках відзначався хороший ангіографічний результат оклюзії аневризми (Raymond 1) як наприкінці втручання, так і при контрольних обстеженнях через 3 місяці та рік. У випадках одночасного хірургічного втручання з приводу стенозу та оклюзії аневризми також відзначався хороший ангіографічний результат стентування як наприкінці втручання, так і при контрольних оглядах.

Виразений сегментарний ангіоспазм супракліноїдної частини ВСА, А1, М1 іпсилатерально, що супроводжував геморагічний період, відзначався у 2 з п'яти випадків. У разі односеансного стентування та емболізації аневризми клінічних проявів не було, за наявності ангіографічних ознак ангіоспазму.

Ускладнень, пов'язаних з імплантацією стента та застосуванням подвійної антитромбоцитарної терапії, також не відмічено.

**Обговорення:** Наявність супутнього стенозу ВСА при внутрішньочерепних крововиливах внаслідок розриву церебральних аневризм слід вважати одним із факторів ризику розвитку ускладнень гострого періоду. А внутрішньочерепний аневризматичний крововилив на тлі стенозу ВСА слід вважати ускладненим навіть за відсутності інших патологічних проявів.

Наявність гемодинамічно значущого стенозу ВСА на тлі внутрішньочерепного крововиливу внаслідок розриву аневризми судин головного мозку в зоні ураження є показанням до ендovasкулярного хірургічного лікування стенозуючих уражень. Оклюзія аневризми за один сеанс із стентуванням ВСА запобігає ризикам, пов'язаним з повторним розривом або застосуванням подвійної антитромбоцитарної терапії в післяопераційному періоді, а також є ефективним заходом для запобігання розвитку ймовірної вторинної ішемії.

**Висновки:** Односесійне каротидне стентування та емболізація аневризми при поєднаному ураженні басейну ВСА в гострому періоді ускладненого аневризматичного крововиливу є методом вибору та не підвищує ризик розвитку ускладнень гострого періоду аневризматичного САК.