

Артерио-венозные мальформации головного мозга

Памятка для пациента

Артериовенозные мальформации (АВМ) представляют собой наиболее часто встречающийся врожденный порок развития сосудистой системы, в основе которого лежит формирование патологического сброса (шунтирования) крови из артериальной в венозную систему, минуя нормальное капиллярное русло в тканях. В результате нарушения эмбриогенеза в ткани мозга формируется патологический клубок сосудов. Стенки этих сосудов не имеют характерных признаков ни артерий, ни вен. Значительным вариациям подвержены как толщина стенок, так и калибр самих сосудов. Неполноценность стенки сосудов АВМ является основным фактором, обуславливающим наиболее частое проявление - внутримозговое кровоизлияние.

Клинические проявления представлены интракраниальными кровоизлияниями, эпилептиками и их сочетанием, реже головными болями. Разрыв сосудов мальформации - наиболее частое и грозное проявление АВМ. При большом объеме кровоизлияния могут формироваться внутримозговые гематомы, требующие срочного хирургического удаления. Эпилептические проявления АВМ весьма вариабельны. Эпилептики могут быть представлены фокальными или генерализованными (общесудорожными) приступами. В ряде случаев противосудорожная терапия может быть неэффективной, приступы могут учащаться, появляется тенденция к сериям приступов (эпилептический статус).

Диагноз АВМ ставится на основании данных КТ, МРТ и контрастного ангиографического исследования.

Показания к хирургическому лечению АВМ неоспоримы в случаях предшествующих внутримозговых кровоизлияний, а также при неэффективности противосудорожной терапии.

Лечение многоплановое. При асимптомном течении и редких эпилептических проявлениях возможна выжидательная тактика и медикаментозная коррекция в виде постоянного приема противосудорожных препаратов.

Оперативное лечение АВМ может проводиться 2 методами: прямое хирургическое вмешательство и эндоваскулярная эмболизация АВМ. В первом случае выполняется трепанация черепа, осуществляется прямой доступ к АВМ и производится иссечение клубка патологических сосудов. Во втором случае производится селективная катетеризация афферентных сосудов с помощью микрокатетеров, через которые в патологические сосуды вводится клеевая композиция или другие материалы и устройства (эмболизация). В некоторых случаях требуется этапная эмболизация – 2-3 раза за 1 поступление больного в стационар.

Как правило, эндоваскулярное вмешательство переносится больными неплохо. В послеоперационном периоде могут возникать головная боль, тошнота, головокружения, временные неврологические расстройства, чаще всего связанные с изменением церебральной гемодинамики, отеком в смежных с АВМ зонах мозга. Для устранения этих нежелательных явлений проводится симптоматическая терапия. В подавляющем большинстве случаев исход благоприятный.

При частичном выключении АВМ с целью тромбирования оставшейся функционирующей ее части возможно проведение радиохирургического и радиотерапевтического лечения.

Контрольная ангиография с возможным очередным этапом эмболизации или радиохирургии в зависимости от вида вмешательства и степени выключения АВМ из кровотока производится в сроки от 6 мес. до 2 лет. Эффект от радиохирургического лечения оценивается по данным ангиографии через 2 года после облучения.

После выписки из стационара больной должен наблюдаться у невролога по месту жительства.

Рекомендовано: 1. При эпилептиках необходим **постоянный** прием противосудорожных препаратов согласно рекомендованной врачами схеме. 2. Контроль за артериальным давлением и, в случае необходимости, его медикаментозная коррекция. 3. Ограничение физических и психо-эмоциональных нагрузок. 4. Исключить прием алкоголя, курение, избегать перегреваний (бани, сауны, инсоляция). 5. Контрольная МРТ 1 раз в 3-5 лет.