

ТВЕРДООБОЛОЧЕЧНЫЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ ФИСТУЛЫ

Памятка пациенту

Твердооболочечные (дуральные) артерио-венозные фистулы (ДАВФ) составляют 10-15% от всех интракраниальных сосудистых мальформаций. Считается, что большинство фистул являются приобретенными. В основе формирования ДАВФ лежит патологическое сообщение между оболочечными артериями и венами/венозными синусами. Если фистула располагается в стенке синуса, то такие соустья называются артерио-синусными.

Клиническая симптоматика ДАВФ зависит от локализации фистулы. Наиболее часто фистулы формируются в области поперечного и сигмовидного синусов (48%), кавернозного синуса (38%), гораздо реже в области верхнего сагиттального синуса, синусного стока, намета мозжечка и др. локализаций (14%). Обычно симптомы дуральных фистул появляются без какой-либо видимой причины. Иногда манифестации заболевания предшествуют гипертонический криз, вирусные инфекции, травма головы.

Имеется прямая зависимость между степенью затруднения венозного оттока и клиническими симптомами, прогнозом заболевания. Течение дуральных фистул, дренирующихся в мозговые вены ретроградно (против нормального тока крови) в 40%-80% случаев осложняется внутричерепными кровоизлияниями. Риск кровоизлияния повышается, также как и при АВМ, при вовлечении в дренирование соустьев системы глубоких вен мозга.

ДАВФ в кавернозном синусе: симптоматика схожа с симптоматикой при прямых каротидно-кавернозных соустьях. На первый план выступают симптомы затрудненного венозного оттока из орбиты и существенно реже можно выслушать сосудистый шум. Выраженность симптомов может существенно варьировать. Периоды улучшения могут сменяться периодами ухудшения симптомов.

ДАВФ в поперечном и сигмовидном синусах: в клинической картине заболевания превалирует общемозговая симптоматика (головные боли, иногда мегренеподобного характера), подавляющее большинство больных ощущают грубый пульсирующий сосудистый шум в заушной области. При пальпации пульсирующих тканей в заушной области можно определить симптом "кошачьего мурлыканья". Поскольку в ряде случаев соустье вызывает внутричерепную венозную гипертензию, примерно у 20% больных обнаруживаются застойные явления на глазном дне. В 5-7% случаев из-за ретроградного дренажа в мозговые вены происходят внутричерепные кровоизлияния. В случае прогрессирования застойных явлений на глазном дне у больных возможна утрата зрения вследствие развития вторичной атрофии зрительных нервов.

Лечение. Особенностью ДАВФ является многоканальность кровоснабжения, обусловленная обширным вовлечением оболочечных ветвей внутренней сонной, наружной сонной артерий, а также позвоночных артерий. Поэтому радикальное лечение прямым хирургическим доступом практически невозможно. Используется селективная трансартериальная эмболизация оболочечных ветвей НСА, участвующих в кровоснабжении, однако эффективность этого метода не превышает 20-30%. В настоящее время методом выбора является трансвенозная окклюзия заинтересованных синусов, радикальность которого достигает 80%. В ряде случаев сочетают венозную окклюзию с артериальной эмболизацией. В тех случаях, когда невозможно произвести эндоваскулярное вмешательство, используются методы радиохирургии. В наиболее сложных случаях используется комбинированная терапия – сочетание эндоваскулярного вмешательства с радиохирургией.

Следует помнить, что перевязка ветвей НСА в каком бы виде она не была произведена у больного с ДАВФ в поперечном и сигмовидном синусах влечет за собой крайне негативные последствия!