

DOI: 10.17650/1683-3295-2018-20-4-38-39

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ Е.О. ИВАНКОВОЙ, В.В. ДАРВИНА, М.А. БЕССМЕРТНЫХ «ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗОРВАВШИХСЯ АНЕВРИЗМ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОГО БАССЕЙНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ»

**Commentary on the article of E. O. Ivankova, V. V. Darvin, M. A. Bessmertnykh
“Evaluation of the immediate and long-term results of endovascular treatment of ruptured vertebrobasilar
artery aneurysms in an acute period of hemorrhage”**

Статья посвящена оценке результатов эндоваскулярного лечения пациентов с аневризмами вертебробазилярного бассейна в остром периоде кровоизлияния. Авторы продемонстрировали результаты лечения 26 пациентов. Все эндоваскулярные вмешательства выполнены в первые 14 дней после развития кровоизлияния из аневризмы. Хорошая и удовлетворительная степень окклюзии достигнута в 69,3 % случаев, а летальный исход, чаще обусловленный тяжелым течением церебрального ангиоспазма, произошел лишь в 7,8 %.

Статья вызывает большой интерес по нескольким причинам. Во-первых, в ней приведен пример применения современного мультидисциплинарного подхода к лечению разорвавшихся аневризм в условиях городской клинической больницы. Во-вторых, представлены хорошие результаты лечения разорвавшихся аневризм вертебробазилярного бассейна. В-третьих, выполнена обязательная оценка отдаленных результатов эмболизации и при необходимости проведено дальнейшее лечение пациентов.

Авторы своей работой подтвердили, что эндоваскулярная эмболизация аневризм вертебробазилярного бассейна — безопасная и эффективная процедура. Результаты работы соответствуют данным современных международных исследований. Так, в исследовании 2002 г., посвященном сравнению методов лечения разорвавшихся аневризм (International Subarachnoid Aneurysm Trial), было показано, что хорошие результаты лечения (0–2 балла по модифицированной шкале Рэнкина) в течение 1 года после него наблюдались на 22,6 % чаще у пациентов, перенесших эндоваскулярное вмешательство, чем у пациентов, оперированных открытым способом. Несмотря на критические высказывания в сторону данного исследования, в нем четко прослеживается преимущество эндоваскулярного лечения пациентов с разорвавшимися аневризмами вертебробазилярного бассейна. Схожие выводы сделаны в исследовании Varrow Ruptured Aneurysm Trial (2005, катамнез за 6 лет). Неудовлетворительные результаты лечения разорвавшихся аневризм вертебробазилярного бассейна (3–6 баллов по модифициро-

ванной шкале Рэнкина) у пациентов, оперированных открытым способом, наблюдались на 32,5 % чаще, чем у пациентов, перенесших эндоваскулярное вмешательство. Отметим, что, несмотря на меньшую степень окклюзии аневризмы при эндоваскулярных вмешательствах по сравнению с открытой операцией (48 % против 96 %) и большую необходимость в повторных эмболизациях (16,4 % против 4,6 %), фатальных повторных кровоизлияний в течение 6 лет после эмболизации не зарегистрировано.

Важным моментом данного исследования стало сведение к минимуму частоты возможных осложнений эндоваскулярной эмболизации аневризмы. Основные осложнения эндоваскулярной эмболизации — это эмболический инсульт и интра- и/или послеоперационные кровоизлияния. Риск этих осложнений достаточно высок в остром периоде кровоизлияния ввиду необходимости использования ассистирующих методик эмболизации сложных аневризм и проведения антиагрегантной и антикоагулянтной терапии во время и после эмболизации. Для минимизации риска осложнений авторы использовали 3 метода эмболизации аневризм: простой койлинг (76,9 %), стент-ассистированный койлинг (15,4 %), эндоваскулярный треппинг (7,7 %). При выборе способа эмболизации авторы учитывали общепринятые показания к выполнению «сложного койлинга»: широкая шейка, маленький размер, фузиформное строение аневризмы и т. д. Интересно использование именно стент-ассистенции при койлинге, что предполагает проведение дезагрегантной терапии, опасной повторным кровоизлиянием, в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. Чаще эндоваскулярные хирурги в остром периоде кровоизлияния применяют баллон-ассистенцию при койлинге, хотя и данная методика не лишена недостатков, особенно при лечении тонкостенных разорвавшихся аневризм. Было бы интересно узнать мнение об этом авторов статьи и сравнить данные методы.

Вопрос об антиагрегантной терапии при эмболизации аневризм в остром периоде кровоизлияния в современной литературе решается по-разному. Отсутствуют четкие критерии использования дезагрегантных

препаратов в пред- и интраоперационном периодах, особенно при применении ассистирующих методик. К примеру, авторы провели дезагрегантную терапию (аспирином и клопидогрелом) у пациентов с разорвавшейся аневризмой, а через 4 дня осуществили эмболизацию аневризмы. Безопасно это или нет, однозначного ответа не существует, но, по данным литературы, большинство хирургов стараются избегать такой терапии при разорвавшихся аневризмах и начинают двойную дезагрегантную терапию во время имплантации стента или сразу после нее.

Авторы показали, что соотношение диаметра купола и ширины шейки < 2 является прогностическим фактором неполной облитерации аневризмы, что в последующем может приводить к ее реканализации. Данные пациенты должны, конечно, находится под строгим контролем врачей. В случае аневризмы с разрывом и «сложным» строением считаю достаточным выполнить эмболизацию II класса по шкале Raymond–Roy и в ближайшем холодном периоде (до 6 мес) после

повторной ангиографии осуществить дополнительную эмболизацию до достижения I класса по шкале Raymond–Roy. С учетом низкого риска кровоизлияния из разорвавшейся аневризмы после эмболизации II класса по шкале Raymond–Roy использование ассистирующих методик (стента или баллона) для достижения тотальной облитерации может быть небезопасным для пациента. При этом зафиксированные авторами осложнения у 3 пациентов (у 2 – интраоперационный разрыв, у 1 – тромбоз сосуда) не повлияли на результат лечения.

Хочется поблагодарить авторов за интересную и актуальную статью, а также пожелать им успехов в дальнейшем внедрении мультидисциплинарного подхода (“coil and clip, not coil versus clip”) к лечению данной категории пациентов.

И. В. Сенько, к.м.н.

(ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»)