

МИКРОХИРУРГИЯ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией

Научный руководитель - преподаватель кафедры Өтесін.М.А.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Город Актобе, Республика Казахстан, 77023132459 ahansanzhar@gmail.com

Актуальность. Интракраниальная артериальная аневризма (АА) встречается у 5% обследованных людей любого возраста. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК) в 85% случаях возникает на фоне разрыва церебральной аневризмы. В подавляющем большинстве случаев (89,5%) интракраниальная аневризма была диагностирована после случившегося САК. Из них 21% аневризм был обнаружен только лишь после повторного разрыва [2]. АА передней соединительной артерии (ПСА) встречаются значительно чаще, чем внутричерепные аневризмы другой локализации [1]. Встречаемость аневризм комплекса передней мозговой - передней соединительной артерии составляет 28,5-45 %. САК вследствие разрыва аневризм ПСА достигает 23-40 % случаев[3]. Цель исследования. Обзор современных методов микрохирургического лечения аневризм передней соединительной артерии. Материалы и методы. Обзор и анализ статей электронных научных баз.

Результаты и обсуждение. Увеличение доступности неинвазивных методов визуализации (МРТ, магнитно-резонансная ангиография, спиральная компьютерная томография-ангиография) привело к увеличению числа больных с неразорвавшимися аневризмами (в догеморрагический период), что привело к снижению летальности и инвалидизации больных. Частота выявленных аневризм без разрыва составила 10,5%[2]. Применение МСКТ и МСКТА позволяет визуализировать аневризму, определить взаимоотношение ее с окружающими структурами, выявить тромбированные массы в полости аневризмы, шейку и направленность купола. Трехмерное моделирование (ТМ) позволяет визуализировать взаимоотношение микроанатомических структур в трехмерном пространстве. По отношению купола к основанию черепа АА ПСА были разделены на 4 группы: вниз, вперед, вверх, назад. В 34% купол АА был направлен вверх, в 23% – вперед, в 14% – назад и в 13% – вниз[1]. Ключевым моментом выбора операционного доступа, диссекции и клипирования является знание направления купола АА, локализации и размеров, при предоперационном планировании, снижая шанс интраоперационного разрыва и окклюзии сосуда, минимализируя травматизацию мозгового вещества и окружающих сосудов. Результаты микрохирургического лечения оцениваются с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ)[2,3].

Заключение. Доступность неинвазивных методов исследования повысило частоту ранней диагностики аневризм. Знание направления купола АА ПСА при применении МСКТА и ТМ, способствует уменьшению интраоперационного разрыва и окклюзии сосудов передней мозговой артерии, позволяя минимизировать травматизацию мозгового вещества и окружающих сосудов в хирургическом коридоре, увеличивая частоту хорошего послеоперационного восстановления[2].

Список литературы.

1. А. М. Хаджибаев, М. К. Махкамов Особенности микрохирургии аневризм передней соединительной артерии // Вестник экстренной медицины. 2017. №3.
2. Новикова Е.С. Результаты оперативного лечения артериальных аневризм головного мозга // Смоленский медицинский альманах. 2016. №1.
3. Джинджихадзе, Р. С. Выбор доступа в микрохирургии аневризм передней соединительной артерии / Р. С. Джинджихадзе, А. Р. Габриелян // Третий Сибирский нейрохирургический Конгресс : Сборник тезисов, Новосибирск, 14–15 июля 2022 года / Под редакцией Д.А. Рзаева. –