

## Лечение аневризм интракраниального отдела внутренней сонной артерии в остром периоде

*Зорин Н.А., Чердиченко Ю.В., Григорук С.П., Мирошниченко А.Ю.*

Днепропетровская государственная медицинская академия,  
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова

**Введение.** Хирургическое лечение аневризм интракраниального отдела внутренней сонной артерии в силу топографо-анатомических особенностей и особенностей клинического их проявления представляет собой одну из наиболее сложных проблем в нейрохирургии.

**Материалы и методы.** За последние 6 лет в отделении сосудистой нейрохирургии Днепропетровской областной клинической больницы прооперировано 138 больных с аневризмами интракраниального отдела внутренней сонной артерии в возрасте от 24 до 56 лет. Большинство оперировано в остром периоде после разрыва аневризмы (131 больной). И только 7 больных оперировано в холодном периоде: 5 больных — с псевдотуморозным вариантом проявления аневризмы и 2 — с геморрагическим вариантом. У 8 больных имелось 2 церебральные аневризмы, у 1 — 4 церебральные аневризмы, включая аневризмы интракраниального отдела внутренней сонной артерии.

При выборе показаний к методу лечения и определении оптимальных сроков операции учитывались топографо-анатомический вариант аневризмы, ее морфология, наличие тромбов в полости аневризмы, анатомическая и функциональная состоятельность виллизиева круга и корковых коллатералей, форма клинического проявления аневризмы, тяжесть состояния больного, наличие и степень церебрального ангиоспазма, сроки от момента разрыва аневризмы, степень операционного риска по Hunt-Hess.

Транскраниальными методами оперировано 113 аневризм этой локализации у 105 больных. Из них 95 аневризм клипировано, 17 — окутано различными пластическими материалами (в 6 случаях в сочетании с клипированием второй аневризмы интракраниального отдела внутренней сонной артерии), 1 — выключена деконструктивно, с одномоментным наложением экстраинтракраниального микроанастомоза.

Эндоваскулярными методами выключено 34 аневризмы интракраниального отдела внутренней сонной артерии у 33 больных. Из них 8 аневризм выключено деконструктивно с применением баллон-катетерной техники, 14 аневризм выключено реконструктивно баллон-катетерами, 10 аневризм выключено реконструктивно посредством эмболизации их отделяемыми микроспиралями и 2 аневризмы выключено реконструктивно посредством имплантации графт-стентов во внутреннюю сонную артерию на уровне шейки аневризмы.

В острейшем периоде после разрыва аневризмы (до 3 суток от момента разрыва) оперировано 49 аневризм (у 45 больных), из них 11 эндоваскулярно и 38 транскраниально.

В период от 4 до 12–14 дней после разрыва (в период наибольшей выраженности церебрального ангиоспазма) оперировано 11 больных. Из них 7 — оперировано эндоваскулярно, 4 аневризмы оперировано транскраниально.

В острый период после регресса выраженного ангиоспазма (от 12–14 дней после разрыва до месяца) оперировано 80 аневризм (у 75 больных). 12 аневризм выключено эндоваскулярно, 54 аневризмы оперировано транскраниально.

**Результаты.** Среди больных оперированных транскраниально умерло в послеоперационном периоде 6 больных: 1 — от последующего разрыва аневризмы после окутывания аневризмы пластическими материалами, 2 — после операций с интраоперационным разрывом аневризмы, 3 — от ишемических повреждений мозга (все 3 оперированы транскраниально в период от 4 до 12 суток). В группе эндоваскулярных операций 1 больной погиб после операции (реканализация и повторный разрыв аневризмы). Нарастание неврологического дефицита после операции отмечалось у 8 больных (в 4 случаях стойкий неврологический дефицит, в 4 — переходящий). Остальные больные выписаны из клиники с улучшением состояния.

**Выводы.** Хирургическое лечение аневризм интракраниального отдела внутренней сонной артерии требует дифференцированного подхода с определением оптимального метода и сроков хирургического лечения аневризмы на основании топографо-анатомических, морфологических особенностей аневризм, тяжести состояния больного, выраженности церебрального ангиоспазма, компенсаторных возможностей коллатерального кровотока, сроков от момента разрыва аневризмы.