

Сокольчик С.С.

МОРФОЛОГИЯ ШЕЙНОГО СЕГМЕНТА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Синельникова Н.В.,

канд. мед. наук, доц. Журавлёва Н.В.

Кафедра морфологии человека

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Внутренняя сонная артерия является главным магистральным сосудом, обеспечивающим до 80% притока крови к головному мозгу. Согласно современным классификациям, ход артерии делят на семь сегментов (C1 – C7). Знание морфологии шейного сегмента имеет решающее значение для сосудистой хирургии, нейрокардиологии и лучевой диагностики.

Работа носит характер теоретического обобщения. Информационной базой послужили 14 профильных источников, размещенных в поисковых системах PubMed, Scopus, посвященных ангиоархитектонике головы и шеи.

Экстракраниальный сегмент внутренней сонной артерии (C1) обеспечивает магистральный транспорт крови к основанию черепа, является самым подвижным и обычно не имеет ветвей. Чаще всего он является прямолинейным продолжением общей сонной артерии и может отходить от нее под разными углами, что влияет на гемодинамику.

Границы шейного сегмента — от бифуркации общей сонной артерии (верхний край щитовидного хряща, IV шейный позвонок) до наружной апертуры сонного канала. В начале C1 находится каротидный синус – рефлексогенная зона, которая регулирует уровень артериального давления для обеспечения стабильного мозгового кровотока. Диаметр артерии в области каротидного синуса 7–9 мм, выше 4–6 мм. Длина шейного сегмента в среднем 80 – 120 мм и сильно варьирует в зависимости от роста человека и уровня бифуркации общей сонной артерии.

В сонном треугольнике внутренняя сонная артерия лежит наиболее поверхностно, является доступной зоной для хирургического вмешательства, а выше двубрюшной мышцы уходит вглубь, располагаясь между плоткой и ветвью нижней челюсти и соседствует с IX - XII парами черепных нервов, что является зоной высокого риска при операциях на миндалинах или глубоких флегмонах шеи.

С клинической точки зрения выделяют три формы деформации шейного сегмента: elongatio (удлинение), kinking (перегиб под острым углом) и coiling (петлеобразование). В 1–5% случаев внутренняя сонная артерия может иметь абберантный ход - медиальное смещение, подходя вплотную к боковой стенке глотки.

В норме шейный сегмент внутренней сонной артерии не имеет ветвей. Появление любых сосудов, отходящих от этого участка, расценивается как редкая аномалия развития. Существуют следующие варианты патологического отхождения:

1. Персистирующие эмбриональные артерии.
 2. Аномальное отхождение типичных ветвей (связано с миграцией ветвей наружной сонной артерии).
 3. Артериовенозные фистулы и мальформации, сбрасывающие кровь в вены шеи или позвоночное сплетение.
 4. Дупликация и фенестрация.
- Аномальные сосуды могут приводить к стил-синдрому, формированию аневризм, интраоперационным осложнениям.

Таким образом, морфология шейного сегмента внутренней сонной артерии — это не только фундаментальный подраздел анатомии, но и прикладная база для современной ангиохирургии и неврологии, позволяющая эффективно проводить диагностику, прогнозировать течение сосудистых заболеваний и выбирать оптимальную тактику лечения.