

Белицкая М.А.

СЕГМЕНТАРНАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BOUTHILLIER

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Синельникова Н.В.

Кафедра морфологии человека

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Сегментарное деление внутренней сонной артерии имеет важное прикладное значение, поскольку позволяет точно определять локализацию сосудистых патологий, а также выбирать оптимальную тактику их лечения.

В работе изучены и проанализированы литературные данные по морфологии и клинической анатомии сегментов внутренней сонной артерии по классификации Bouthillier.

Классификация Bouthillier (1996г.) описывает семь классических сегментов внутренней сонной артерии, что значительно упростило существующие ранее системы сегментации и сделало ее «золотым стандартом», так как переместила акцент с формы сосуда на его анатомическое окружение и позволила рентгенологам, нейрохирургам и неврологам использовать одинаковую терминологию. Сегментация следует по направлению кровотока, учитывает нейрососудистые и костные ориентиры для разграничения и названия сегментов и использует буквенно-цифровую систему их нумерации: С1 – шейный, С2 – каменистый, С3 – сегмент рваного отверстия, С4 – кавернозный, С5 – клиновидный, С6 – офтальмический и С7 – коммуникантный сегменты.

Каждый сегмент внутренней сонной артерии адаптирован к своей локализации: С1 шейный сегмент следует от бифуркации общей сонной артерии до наружной апертуры сонного канала и в 98% случаев не дает ветвей. С2 каменистый сегмент защищен стенками сонного канала, имеет вертикальный и горизонтальный отрезки. Сложная пространственная конфигурация каменистого сегмента позволяет демпфировать энергию пульсовой волны, обеспечивая стабильную перфузию в дистальных отделах сосуда. Сегмент рваного отверстия С3 – короткий участок артерии до входа в кавернозный синус, является стратегически важным при нейрохирургических доступах к основанию черепа. Интересно, что из-за опоры артерии на волокнистый хрящ рваного отверстия, этот сегмент реже вовлекается в патологические процессы. Морфологически сложными являются сегменты С4–С6, где внутренняя сонная артерия образует сонный сифон и переходит в субдуральное пространство. Сонный сифон С4 сегмента единственный пример в организме, где крупная артерия проходит внутри венозного русла. Кроме того, в латеральной стенке синуса залегают III, IV, V1 и V2 нервы, непосредственно внутри синуса проходит VI нерв. Клиновидный сегмент С5 – участок сосуда между проксимальным и дистальным дуральными кольцами, которые охватывают внутреннюю сонную артерию в месте ее выхода из кавернозного синуса в субарахноидальное пространство. Согласно классификации Bouthillier, дистальное дуральное кольцо является верхней границей С5. Дистальные сегменты С6 и С7 лежат интрадурально, и разрыв аневризмы здесь означает мгновенное субарахноидальное кровоизлияние. Коммуникантный сегмент С7 – конечный участок внутренней сонной артерии, богат функционально значимыми ветвями. Морфологическая девиация данного сегмента приводит к обширному неврологическому дефициту.

Таким образом, детальная верификация анатомо-топографических характеристик каждого сегмента внутренней сонной артерии имеет важное значение для практической медицины и позволяет точно диагностировать сосудистые нарушения, правильно оценивать результаты инструментальных исследований и планировать наиболее подходящий метод хирургического лечения, сводя к минимуму риск операционных осложнений.