

lar joint / Abstract of a thesis ... of a Doctor of Medical Sciences. – Omsk, 2009. – 35 p.

6. Bobylev N.G., Sysolyatin P.G., Sysolyatin S.P., Bobylev A.G., Gorbonos I.A. Combined osteosynthesis in mandible angle fractures with the displacement of bone fragments // Maxillofacial Surgery. – 2005. – № 1-2. – P. 73-76.

7. Ilizarov G.A. The possibility of percutaneous osteosynthesis in the treatment of bone fractures. // Proceedings of the All-Russian scientific and practical conference. – Kurgan. – 1979. – P. 4-8.

8. Ilizarov G.A. Basic principles of transosseous compression and distraction osteosynthesis. // Orthopaedic Traumatology. – 1971. – № 11. – P. 7.

9. Semennikov V.I. Optimization of fixing methods of facial bones' fragments, their clinical and biochemical assessment // Abstract of the thesis ... of a Doctor of Medical Sciences. Omsk. – 2004. – 48 p.

10. Sysolyatin P.G., Sysolyatin S.P., Bobylev N.G., Gyunter V.E. Advances and prospects of maxillofacial traumatology development // Collection of abstracts of All-Russian scientific and practical conference «High

Medical Technologies». – M., 2006. – P. 80.

11. Tkachenko S.S. Osteosynthesis. – L.: Medicine, 1987. – 272 p.

12. Tkachenko S.S., Demyanov V.M. Extrafocal osteosynthesis with the use of compression and distraction devices in bone fractures and their complications. – L.: S.M. Kirov Military Medical Academy.

13. Tkachenko S.S. Transcutaneous osteosynthesis. – L.: S.M. Kirov Military Medical Academy. – 1984. – P. 122.

14. Gassner R., Tuli T., Rudisch A., Ulmer H., et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10-year review of 9,543 cases with 21,067 injuries // J. Cranio-maxillofac Surg. – 2003. – Feb. – № 31 (1). – P. 51-61.

15. Kellman R.M., Cienfuegos R. Endoscopic approaches to subcondylar fractures of the mandible // Facial Plast. Surg. – Feb. – 2009. – № 25 (1). – P. 23-28.

16. Lauer G., Pradel W., Schneider M., Eckelt U. A new 3-dimensional plate for transoral endoscopic-assisted osteosynthesis of condylar neck fractures // J. Oral Maxillofac. Surg. – May, 2007. – № 65 (5). – P. 964-971.

Координаты для связи с авторами: *Бобылев Николай Геннадьевич* – зав. кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ, тел. +7-962-587-48-01, e-mail: bobylev_53@mail.ru; *Тарасова Фаина Иннокентьевна* – доцент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Бобылев Анатолий Геннадьевич* – доцент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Берикашвили Гурам Тимуразович* – ассистент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Снурницина Зоя Адольфовна* – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБ № 2 им. Матвеева; *Ладнюк Алексей Павлович* – челюстно-лицевой хирург ГБ № 2 им. Д.Н. Матвеева; *Рыбалко Владимир Викторович* – доцент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Дубина Евгения Александровна* – челюстно-лицевой хирург Краевой клинической больницы № 1.



УДК 616.215: 617.4-083

А.В. Савенок, В.Э. Кокорина

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье проведен анализ результатов реабилитации 39 пациентов с двусторонними повреждениями возвратного нерва после выполнения хирургических вмешательств на щитовидной железе за период с 2012 по 2016 годы. Предложен алгоритм междисциплинарного взаимодействия хирургов и оториноларингологов при ведении пациентов с хирургической патологией щитовидной железы. Определены оптимальные сроки реконструктивных оперативных вмешательств на гортани – не ранее 12 месяцев после возникновения пареза (паралича). Разработанный способ – ларингопластика с задней подслизистой хордотомией, удалением голосового отростка черпаловидного хряща и латерофиксацией шовным материалом задней трети голосовой складки, примененный у 37 пациентов, позволяет эффективно восстановить дыхание при сохранении голоса, при этом обладает малой травматичностью с отсутствием выраженной рубцовой деформации послеоперационной области. Проведен анализ полученных осложнений в раннем послеоперационном периоде (1-7-е сутки).

Ключевые слова: гортань, паралич голосовых складок, щитовидная железа.

THE WAYS OF REABILITATION OPTIMIZATION IN CASE OF DAMAGE OF THE RECURRENT NERVE AFTER SURGICAL INTERVENTIONS ON THE THYROID GLAND

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

In the article the authors analyzed 39 adult patients with bilateral larynx paresis (paralysis) after surgery on the thyroid gland. We analyzed tactics of surgery in the postoperative period throughout 2012–2016. The authors offered the algorithm of interdisciplinary interaction of surgeons and otolaryngologists in the management of patients with surgical thyroid disorders. The optimal timing of reconstructive surgeries on larynx – no earlier than 12 months after the onset of paresis (paralysis). The authors presented and analyzed the new method of treatment of chronic laryngeal bilateral paresis in 37 patients – suture arytenoid laterofixation with posterior submucosal cordotomy and removal of arytenoid cartilage vocal process. This technical method does not damage the larynx tissue and can improve air flow in larynx without scar deformation in the operation zone. The authors analyzed the complications identified in the early postoperative period (1-7 hours).

Key words: larynx, vocal cord paralysis, thyroid.

Двусторонний паралитический стеноз гортани является жизнеугрожающим состоянием, часто требующим экстренной медицинской помощи. Парез (паралич) голосовых складок может быть вызван разными причинами, но наиболее часто двусторонние парезы обусловлены ятрогенными повреждениями возвратных гортанных нервов после хирургических вмешательств на щитовидной железе [1, 8, 11]. Большинство повреждений возвратного гортанного нерва не диагностируется хирургами интраоперационно, а зачастую выявляются только при развитии выраженной клинической картины. Несвоевременная диагностика с отсутствием адекватной медикаментозной терапии в ранние сроки приводит к тому, что пациенты поступают в оториноларингологические стационары либо с декомпенсированным стенозом гортани, либо с сформировавшейся патологической реинервацией голосовых складок.

Несмотря на усовершенствование хирургической техники оперативных вмешательств на щитовидной железе (идентификация возвратного гортанного нерва, эндоскопический контроль) и использование аппаратуры для интраоперационного нейромониторинга, частота повреждений возвратных гортанных нервов остается по-прежнему высокой и составляет 4,6-11 % [5, 6, 10]. Значительно повышен риск повреждения

возвратного гортанного нерва при реоперациях или по поводу злокачественных новообразований щитовидной железы – 5,6-6,7 % [6].

Оптимизация методик консервативного лечения пациентов, при отсутствии пересечения ствола возвратного нерва с его транзитной ишемией за счет сдавления гематомой, либо рубцовой тканью позволит значительно повысить процент реабилитации пациентов с паралитическими стенозами гортани. Вопрос реабилитации функции дыхания, при сохранении социально приемлемого голоса, также далек от решения [2, 4, 5]. Большинство предложенных способов имеют ряд недостатков не достигая оптимального соотношения функций дыхания и фонации.

В настоящий момент существует необходимость в разработке междисциплинарного взаимодействия хирургов и оториноларингологов при ведении пациентов с хирургической патологией щитовидной железы с внедрением комплексного алгоритма ведения и реабилитации таких пациентов, направленного на своевременную диагностику повреждения возвратного нерва,

Цель исследования – повышение эффективности реабилитации пациентов с двусторонним послеоперационным паралитическим стенозом гортани после операций на щитовидной железе.

Материалы и методы

В период с 2012 по 2016 годы было обследовано 39 пациентов (34 женщины и 5 мужчин, средний возраст – 57,3±13,4 года), обратившихся в Хабаровский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России и КГБУЗ ГБ № 2 им. Д.Н. Магвеева по поводу двустороннего паралитического стеноза гортани после оперативных вмешательств на щитовидной железе. Период обращения к оториноларингологу с жалобами на осиплость голоса, нарушение дыхания различной степени выраженности, нарушение глотания колебался от 28 дней до 13 лет после оперативного вмешательства на щитовидной железе.

Анализ выписных эпикризов показал, что у 29 % пациентов была проведена тиреоидэктомия по поводу узлового зоба, у 67 % – диффузного токсического зоба, у остальных – по поводу злокачественных новообразований щитовидной железы. В выписках отсутствовали

указания на осложнения во время операции и в раннем послеоперационном периоде, только у 4 (10,2 %) пациентов тиреоидэктомия проводилась с интраоперационным нейромониторингом возвратных гортанных нервов. Всем пациентам было выполнено комплексное обследование: эндоларингоскопия, стробоскопия гортани, акустический анализ голоса, оценка функции внешнего дыхания, исследование крови на уровень кальция, ТТГ.

Пациентам с хроническим паралитическим декомпенсированным стенозом гортани (37 человек) было проведено оперативное лечение, направленное на восстановление просвета голосовой щели – ларингопластика по оригинальной методике (патент № 2525220 от 12.06.2014) с задней подслизистой хордотомией, удалением голосового отростка черпаловидного хряща и латерофиксацией шовным материалом задней трети

голосовой складки [4]. Оперативное вмешательство выполнялось с использованием микрохирургической техники, при прямой опорной микроларингоскопии (по Клейнзассеру) с использованием аппарата радиоволновой хирургии «Surgitron» в условиях общей анестезии.

Определение стороны вмешательства перед оперативным лечением проводили на основании стробоскопии гортани. Учитывали такие параметры как колебания голосовых складок, расположение голосовой складки по отношению к срединной линии, смещение слизистой волны при фонации. При парамедианном расположении голосовых складок выбирали голосо-

вую складку, расположенную ближе к срединной линии, с отсутствием или более слабым набеганием слизистой волны при фонации.

После ларингопластики осмотры пациентов у фониатра с обязательным проведением эндоларингоскопии, стробоскопии гортани, акустического анализа голоса проводились: через 2 недели после выписки, через 1 месяц, через 3 месяца, через 6 месяцев, через 1 год и затем раз в год.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 7.0.

Результаты и обсуждение

По данным анамнеза и анализа выписных эпикризов до оперативного вмешательства на щитовидной железе осмотр оториноларинголога с ларингоскопией не был проведен ни у одного пациента, и в стационарной выписке не указаны рекомендации по дальнейшему наблюдению оториноларингологом. Возможно, отсутствие междисциплинарного взаимодействия между хирургами и оториноларингологами обусловлено отсутствием в «Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова), узловым/многоузловым зобом» [7] информации о необходимости консультации оториноларинголога в послеоперационном периоде.

В нашем исследовании 87 % пациентов составляли женщины, что связано с высоким уровнем патологии щитовидной железы в Дальневосточном регионе. Восстановление подвижности одной из голосовых складок при двустороннем парезе гортани после тиреоидэктомии мы наблюдали у 2 (5 %) пациентов (в течение первых 3 месяцев после тиреоидэктомии – 1 пациент, через 12 месяцев – 1 пациент). Поэтому вопрос о сроках реконструктивной хирургической реабилитации является спорным. По данным различных авторов рекомендованные сроки разнятся от 6 до 12 месяцев после возникновения пареза (паралича) гортани [2, 4, 5, 9]. Мы считаем, что реконструктивные операции на гортани необходимо проводить не ранее 12 месяцев после возникновения пареза.

Положение голосовых складок в парамедианной позиции было выявлено у 88 % пациентов. По данным Gupta J. у 87,5 % пациентов с двусторонним парезом гортани голосовые складки были фиксированы в парамедианном положении [12].

В связи с декомпенсацией стеноза гортани экстренная трахеотомия была выполнена в раннем послеоперационном периоде 12 пациентам, у 3 пациентов декомпенсация стеноза гортани развилась на фоне ОРВИ, остальным пациентам проведена плановая трахеотомия перед ларингопластикой.

Важно отметить, что различные методы хирургического лечения двусторонних параличей гортани направлены не только на расширение голосовой щели и восстановление адекватного дыхания, но и, по возможности, на восстановление голосовой функции [3]. Трудность лечения заключается в том, что не всегда

удается восстановить просвет голосовой щели с обеспечением достаточного смыкания голосовых складок в передней трети для обеспечения качественного голоса и свободного дыхания. Необходимо тщательно спланированный хирургический подход, так как при каждом повторном вмешательстве исчерпывается запас здоровых тканей с развитием стойкой тяжелой дисфонии. Обязательно необходимо предупредить пациента, с подписанием добровольного информированного согласия, о возможных стойких нарушениях голоса после ларингопластики при двустороннем параличе гортани.

По нашим наблюдениям в раннем послеоперационном периоде (1-7 сутки) после ларингопластики у большинства пациентов по данным эндоларингоскопии отмечались следующие особенности: гиперемия и отек голосовых складок – у 25 пациентов, образование фибрина в послеоперационной области – у 15 пациентов, прорезывание фиксирующей лигатуры у 1 пациента. В более позднем послеоперационном периоде (1-3 месяца) мы наблюдали осложнения в виде прорезывания фиксирующей лигатуры – у 2 пациентов, формирование полипа гортани в области задней трети голосовой складки – у 1 пациента, рост грануляционной и рубцовой ткани – у 1 пациента, гипертрофию вестибулярных складок, полностью закрывавших просвет голосовой щели – у 1 пациента.

После проведения ларингопластики успешно были деканюлированы 67 % пациентов на сроке от 1 до 6 месяцев. Только у 27 % пациентов мы добились восстановления просвета голосовой щели, достаточного для адекватного дыхания наряду с сохранением фонаторной функции. По данным акустического анализа голоса время максимальной фонации удлинилось с 6 до 13 секунд. В 14 % случаев потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства на другой голосовой складке в связи с формированием просвета голосовой щели 3-4 мм, недостаточного для свободного дыхания. Остальным пациентам потребовались многоэтапные оперативные вмешательства в связи с развитием рестенозирующего рубцового процесса и формированием грануляции в области фиксирующей лигатуры. Для предотвращения роста грануляций и рубцов 4 пациентам было проведено стентирование просвета гортани и трахеи T-образной трубкой.

Выводы

С целью оптимизации ранней диагностики пареза (паралича) гортани у пациентов с хирургической патологией щитовидной железы, необходим междисциплинарный подход, включающий в себя осмотр оториноларинголога с проведением ларингостробоскопии до- и после оперативного вмешательства на щитовидной железе, и проведении фиброларингоскопии непосредственно в операционной после экстубации пациента.

После оперативных вмешательств на щитовидной железе рекомендуется динамический осмотр оториноларингологом, с обязательным проведением ларин-

гостробоскопии сразу после выписки из стационара, через 14 дней, через 1 месяц, а далее ежеквартально в течение года.

В случае сохранения двустороннего пареза (паралича) гортани реконструктивное оперативное лечение после тиреоидэктомии необходимо планировать не ранее 12 месяцев.

При реконструктивном лечении двустороннего паралича гортани применяемый хирургический подход, должен обеспечивать запас здоровых тканей голосовых складок для обеспечения свободного дыхания и социально пригодной фонации.

Литература

1. Дайхес Н.А., Кокорина В.Э., Нажмудинов И.И. и соавт. Клинические рекомендации «Парезы и параличи гортани». – М.: НМАО МЗ РФ, 2014. – 19 с.

2. Дерягин Н.И., Корита В.Р., Михеткина С.И. Диагностика и лечение послеоперационных парезов и параличей гортани // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 78-80.

3. Кирасирова Е.А., Лафуткина Н.В., Мамедов Р.Ф. и соавт. Тактика обследования и лечения больных с парезом или параличом гортани различной этиологии // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 11. – С. 564.

4. Кокорина В.Э., Хорук С.М. Пути хирургического восстановления дыхания при двусторонних паралитических стенозах гортани // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 95-97.

5. Крюков А.И., Кирасирова Е. А., Лафуткина Н.В. и соавт. Хирургическое лечение больных с двусторонним параличом гортани после струмэктомии // ОНВ. – 2014. – Т. 134, № 2. – С. 54-56.

6. Романчишен А.Ф., Богатиков А.А., Ким И.Ю. Предупреждение и лечение неотложных состояний при заболеваниях щитовидной железы // Эндокринная хирургия. – 2014. – № 4. – С. 43-52.

7. Трошина Е.А., Свириденко Н.Ю., Ванушко В.Э. и соавт. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова), узловым/многоузловым зобом // Проблемы эндокринологии. – 2014. – Т. 60, № 6. – С. 67-77.

8. Chandrasekhar S.S., Randolph G.W., Seidman M.D. et al. Clinical practice guideline: improving voice outcomes after thyroid surgery // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2013. – Vol. 148, № 6. – P. 1-37.

9. Chen X., Wan P., Yu Y., et al. Types and timing of therapy for vocal fold paresis/paralysis after thyroidectomy: a systematic review and meta-analysis // J. Voice. – 2014. – Vol. 28, № 6. – P. 799-808.

10. Christou N., Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy // J Visc Surg. – 2013. – Vol. 150, № 4. – P. 249-256.

11. Dispenza F., Dispenza C., Marchese D., et al. Treatment of bilateral vocal cord paralysis following permanent recurrent laryngeal nerve injury // Am. J. Otolaryngol. – 2012. – Vol. 33, № 3. – P. 285-288.

12. Gupta J., Varshney S., Bist S.S., Bhagat S. Clinico-Etiological Study of Vocal Cord Paralysis // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2013. – Vol. 65, № 1. – P. 16-19.

Literature

1. Daikhes N.A., Kokorina V.E., Nazhmudinov I.I., et al. «Clinical recommendations on laryngeal pareses and paralyses». – М.: National Medical Association of Otolaryngologists of the RF MH, 2014. – 19 p.

2. Deryagin N.I., Korita V.R., Mikhetkina S.I. Diagnostics and treatment of post-operative laryngeal pareses and paralyses // Far Eastern Medical Journal. – 2011. – № 3. – P. 78-80.

3. Kirasirova E.A., Lafutkina N.V., Mamedov R.F., et al. Examination and treatment tactics for patients with laryngeal pareses and paralyses of different etiology // Russian Medical Journal. – 2013. – № 11. – P. 564.

4. Kokorina V.E., Khoruk S.M. The way of surgical rehabilitation of respiration in a patient with bilateral paralytic laryngostenosis // Far Eastern Medical Journal. – 2013. – № 3. – P. 95-97.

5. Kryukov A.I., Kirasirova E.A., Lafutkina N.V., et al. Surgical treatment of patients with two-sided paralysis of the larynx after strumectomy // ONV. – 2014. – Vol. 134. – № 2. – P. 54-56.

6. Pomanchishen A.F., Bogatnikov A.A., Kim I.Yu. Prevention and treatment of emergencies in thyroid patients // Endocrine Surgery. – 2014. – № 4. – P. 43-52.

7. Troshina E.A., Sviridenko N.Yu., Vanushko V.E., et al. Federal Clinical Recommendations on diagnosis and treatment of thyrotoxicosis with diffuse goiter (Basedow's disease, Graves-Basedow disease), nodular/multinodular goiter // Problems of Endocrinology. – 2014. – Vol. 60, № 6. – P. 67-77.

8. Chandrasekhar S.S., Randolph G.W., Seidman M.D., et al. Clinical practice guideline: improving voice outcomes after thyroid surgery. // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2013. – Vol. 148, № 6. – P. 1-37.

9. Chen X., Wan P., Yu Y., et al. Types and timing of therapy for vocal fold paresis/paralysis after thyroidectomy: a systematic review and meta-analysis // J. Voice. – 2014. – Vol. 28, № 6. – P. 799-808.

10. Christou N., Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy // J Visc Surg. – 2013. – Vol. 150, № 4. – P. 249-256.

11. Dispenza F., Dispenza C., Marchese D., et al. Treatment of bilateral vocal cord paralysis following permanent recurrent laryngeal nerve injury // Am. J. Otolaryngol. – 2012. – Vol. 33, № 3. – P. 285-288.

12. Gupta J., Varshney S., Bist S.S., Bhagat S. Clinico-Etiological Study of Vocal Cord Paralysis // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2013. – Vol. 65, № 1. – P. 16-19.

Координаты для связи с авторами: Савенок Алина Владимировна – ассистент кафедры оториноларингологии ДВГМУ, тел. +7-914-541-98-70, e-mail: evgeniisavenok@mail.ru; Кокорина Виктория Эдуардовна – зав. кафедрой оториноларингологии ДВГМУ, e-mail: vkokorina@mail.ru, k_lor@mail.fesmu.ru.



УДК 616.136.42-007.64-07-089

С.Л. Жарский¹, В.Я. Рудман², Э.Л. Рабинович², С.М. Вальченко², А.А. Реватас², К.Е. Пошатаев²,
А.Я. Лецкий², А.Г. Поляков², В.В. Васильев², В.И. Писанкин², И.М. Жарская³

АНЕВРИЗМА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ОПИСАНИЕМ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМЫ, ЛЕЧЕННОЙ МЕТОДОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Краевая клиническая больница № 2, 680030, ул. Павловича, 1б, e-mail: hospital@nxt.ru;

³Консультативно-диагностический центр «Вивея»,
680030, ул. Запарина, 83, e-mail: viveya@inbox.ru, г. Хабаровск

Резюме

Статья посвящена вопросам диагностики и лечения аневризм селезеночной артерии (АСА). Приводятся имеющиеся в литературе сведения о частоте их встречаемости, причинах, методах диагностики и лечения. В качестве иллюстрации описано собственное наблюдение пациента с гигантской АСА, в лечении которого использована эндоваскулярная проксимальная эмболизация селезеночной артерии.

Ключевые слова: гигантская аневризма селезеночной артерии, эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии.

S.L. Zharskiy¹, V.Ya. Rudman², E.L. Rabinovich², S.M. Valchenko², A.A. Revatas², K.E. Poshataev²,
A.J. Letskin², A.G. Polyakov², V.V. Vasilyev², V.I. Pissankin², I.M. Zharskaya³

SPLEEN ARTERY ANEURYSM IN CLINICAL PRACTICE WITH A GIANT ANEURYSM TREATED BY ENDOVASCULAR SPLENIC ARTERY EMBOLIZATION TECHNIQUE

¹Far Eastern State Medical University;

²Clinical Hospital № 2;

³Consulting and Diagnostic Center «Viveya», Khabarovsk

Summary

The article is devoted to the problem of splenic artery aneurysms (SAA) diagnostics and treatment. The authors analyzed the data published in current medical literature about the frequency, cause-factors, diagnostics, treatment of SAA and illustrated these materials by their own observation of the patient with giant SAA, successfully treated by endovascular proximal splenic artery embolization.

Key words: gigantic aneurysm of splenic artery, endovascular embolization, of splenic artery.

Аневризма селезеночной артерии (АСА) впервые описана в 1770 году М. Beaussier, последующие описания сделаны только в 1844 и 1847 годах, а к 1953 году было описано лишь 262 случая этой патологии с частотой встречаемости по данным патологоанатомических вскрытий от 0,01 % до 9,8 % [12]. P.D. Bedford и V.Lodge (1960) при проведении 250-ти последовательных аутопсий при целенаправленном осмотре селезеночной артерии (СА) обнаружили ее аневризму в 26

случаях, что составило 10,4 %, при этом размеры описанных этими авторами аневризм составляли от 0,3 до 2,5 см [12]. АСА, размеры которых превышают 5 см, считаются гигантскими [10,16,24, 28] и встречаются гораздо реже. По данным F.Zampieri, et al. к 2005 году в литературе было описано всего 18 случаев гигантских АСА [28]. В 2015 году S. Akbulut и E. Otan при анализе баз данных Pubmed, Medline, Google Scholar и Google сообщили о 69 публикациях с описанием в них