

ТОПОГРАФИЯ РАЗОРВАВШИХСЯ АНЕВРИЗМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА

Трушель Н.А.¹, Нечипуренко Н.И.², Ковалевич Е.В.³

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

² РНПЦ неврологии и нейрохирургии, г. Минск, Республика Беларусь

³ Городское клиническое патологоанатомическое бюро,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования — установить взаимосвязь между вариантом строения артериального круга большого мозга (виллизиева круга) и расположением разорвавшейся аневризмы в его пределах, а также выявить морфологические особенности стенки разорвавшейся аневризмы.

Материал и методы. Макро-микроскопически исследован вариант строения артериального круга большого мозга у 8 умерших от субарахноидального кровотечения аневризматического генеза в возрасте от 17 до 69 лет разного пола, которые при жизни находились на лечении в РНПЦ неврологии и нейрохирургии г. Минска, а после смерти были доставлены в «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска. Гистологические препараты стенки артерий мозга в области аневризмы изучены после окраски гематоксилин-эозином и по Маллори.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования вариантов строения виллизиева круга у 8 умерших от разрыва аневризмы мозговых артерий, были выявлены атипичные варианты строения артериального круга большого мозга у 7 человек, а у одного умершего вариант строения круга невозможно было определить. При анализе топографии аневризмы в пределах виллизиева круга установлено, что аневризмы, как правило, выявлялись в местах разделения (слияния) артерий круга: соединения передних мозговых артерий, разветвления мозгового отрезка внутренней сонной артерии на конечные ветви, разделения базилярной артерии на задние мозговые артерии и в области слияния позвоночных артерий в базилярную артерию, что обусловлено гемодинамическими особенностями. При этом в трех случаях из семи (43% случаев) аневризма располагалась в месте атипичного соединения артерий виллизиева круга, где произошел ее разрыв. Так, например, аневризма располагалась в переднем отделе круга при атипичном варианте строения — передней трифуркации левой внутренней сонной артерии, при котором от последней отходят две передние мозговые и одна средняя мозговая артерии. В четырех из семи случаев (57%) разорвавшаяся аневризма располагалась за пределами атипичного соединения сосудов виллизиева круга. Так, например, аневризма локализовалась в месте разветвления мозгового участка левой внутренней сонной артерии, при этом атипичное соединение сосудов наблюдалось в месте слияния передних мозговых артерий.

В ходе исследования выявлена мешотчатая форма аневризмы, расположенная несимметрично, что связано, как правило, с разным диаметром разделяющихся (соединяющихся) сосудов. На верхушке стенки аневризмы наблюдалось истончение меди с замещением гладкомышечных клеток соединительной тканью, истончение внутренней эластической мембраны. В стенке артерии разорвавшейся аневризмы обнаружены признаки фибромускулярной дисплазии сосудов медийного типа (12,5% случаев), сочетание фибромускулярной дисплазии и атеросклеротических изменений (37,5% случаев) или только атеросклеротические изменения (50% случаев).

Возраст умерших от разрыва аневризмы составил 45–69 лет (7 случаев), в одном случае — 17 лет. В последнем случае в стенке разорвавшейся аневризмы наблюдалась фибромускулярная дисплазия медийного типа.

Заключение. Таким образом, атипичный вариант строения виллизиева круга способствует образованию и разрыву аневризм, находящихся в его пределах. Однако расположение аневризм практически одинаково часто может наблюдаться как в месте атипичного соединения сосудов виллизиева круга, так и в других его участках. Морфологические особенности разорвавшихся аневризм характеризуются наличием в их стенке атеросклеротических изменений (50% случаев), либо сочетанием фибромускулярной дисплазии и атеросклеротических изменений (37,5% случаев), редко — только фибромускулярной дисплазии сосудов медийного типа (12,5% случаев). В последнем случае аневризмы могут появляться у людей в молодом возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Аннанпесов С.М., Аннаорова А.К., Алчехов А.С.,
Халилов Х.М., Агамедов М.А.

Туркменский государственный медицинский университет
им. М. Гаррйева, г. Ашгабат, Республика Туркменистан

Актуальность. Эхинококкоз позвоночника и спинного мозга относится к патологии с крайне редкой локализацией. Диагностика рутинной нейровизуализации не всегда позволяет дифференцировать эхинококкоз позвоночника и спинного мозга с другими кистозными образованиями. При этом поражение эхинококкозом костной структуры позвоночника требует специфического, углубленного исследования. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) не всегда дополняют друг друга информацией для постановки точного диагноза.

Цель. Сравнить результаты различных методов нейровизуализации при изолированном эхинококкозе позвоночника и спинного мозга.

Материалы и методы. Проанализированы 19 больных с эхинококкозом позвоночника и спинного мозга в возрасте 5–56 лет, мужчин-12 (63,1%), женщин-7 (36,9%), из них 5 (26,3%) детей в период с 2023 по 2024г. Дана оценка результатам контрастной и рутинной КТ, МРТ с изолированным эхинококкозом позвоночника и спинного мозга.

Полученные результаты. Эхинококковые кисты выявлены в 85,2% поясничных, 7,6% шейных, 7,2% грудных отделах позвоночника. Проведенные рутинные КТ исследования позвоночника и спинного мозга выявили кистозные образования в спинномозговом канале с плотностью 14–16 единиц Н_u и деструкцией дорзального отдела тел позвонков. При контрастной КТ получено наличие множественных субдуральных кист без признаков накопления. При этом плотность ткани существенно не менялась.

При разных режимах рутинного МРТ исследования позвоночника и спинного мозга, обнаружены множественные кистозные образования различных размеров с компрессией спинного мозга. При исследовании с усилением МРТ позвоночника и спинного мозга, не выявлено признаков накоплений контраста в кистозных образованиях спинного мозга. При этом оболочка эхинококковой кисты по сравнению с рутинным методом не имела четких контуров. При усилении контраст-

Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова – филиал НМИЦ им. В. А. Алмазова

Ассоциация нейрохирургов России

Санкт-Петербургская Ассоциация нейрохирургов им. проф. И.С. Бабчина

РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

имени профессора А. Л. Поленова

**RUSSIAN NEUROSURGICAL JOURNAL
named after professor A. L. Polenov**

Том XVII

Специальный выпуск

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Санкт-Петербург

2025

Министерство здравоохранения Российской Федерации
«РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» — филиал
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Ассоциация нейрохирургов России
Ассоциация нейрохирургов Санкт-Петербурга

при участии:

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова
Университетская клиника ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе
ИМЧ РАН им. Н.П. Бехтеревой
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. БЕХТЕРЕВА» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта»
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО НЕЙРОНАУКАМ

**24–25 апреля 2025 года
Санкт-Петербург**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ