

ческих причин и условий формирования образа жизни на данном уровне их психического развития и в зависимости от конкретной специфики социально-психологических особенностей образа жизни как группы, так и индивидуальной личности.

Психопрофилактическое информационное воздействие на студентов начинали с формирования базисных знаний о функциях организма, затем давали позитивную информацию о возможности индивидуального воздействия на свой организм, например снижения или увеличения массы тела за счет рационального питания. Занятия завершали беседой об отрицательном влиянии вредных привычек (курения, употребления алкоголя) на организм человека. При разработке двигательного режима учитывали физическую работоспособность, пол, возраст, объемы предстоящей физической активности, уровень повышения артериального давления и избыточности массы тела. Мероприятия по снижению повышенной массы тела представляли собой рекомендации по рациональному режиму питания, уменьшению избыточного потребления поваренной соли. Профилактика низкой физической активности предусматривала привлечение к регулярным занятиям физической культурой, дозированным физическим тренировкам, занятиям в специальных группах; давались рекомендации по проведению свободного времени в летний и зимний периоды. Мероприятия по борьбе с курением и употреблением алкоголя включали санитарно-просветительную работу, групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия, обучение элементам аутогенной тренировки, а в случае необходимости — отвлекающую и медикаментозную терапию.

В результате профилактических мероприятий наряду с уменьшением распространенности повышенного артериального давления, низкой физической активности, курения и тенденцией к снижению частоты встречаемости избыточной массы тела, употребления алкоголя, улучшилось психическое состояние изучаемой популяции. Снизилось количество предъявляемых жалоб, психических изменений и расстройств, уменьшился средний уровень конфликтности, отмечена благоприятная динамика выраженности признаков начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга.

Полученные данные свидетельствуют о принципиальной возможности и эффективности массовых мероприятий по первичной профилактике психических изменений и расстройств при формировании начальных форм церебрососудистой недостаточности у молодых лиц и их реабилитации.

УДК 616.831—073.756.8:[621.371.083.2]:681.31

М. К. Михайлов, Р. Ф. Акберов, А. З. Аппакова, К. Ш. Зиядинов (Казань). Опыт использования компьютерной томографии в диагностике заболеваний головного мозга

С 1989 по 1992 г. на базе МСЧ «Радиоприбор» г. Казани произведена рентгеновская компьютерная томография (КТ) черепа и головного мозга 183 больным. Детей было 71 (мальчиков — 30, девочек — 41), взрослых пациентов в возрасте от 20 до 69 лет — 112 (мужчин — 45, женщин — 67).

После тщательного клинико-неврологического, офтальмологического, инструментальных методов исследования (ЭЭГ, РЭГ) всем больным проведена стандартная краниография в 2 проекциях. При необходимости выполняли спечукладки, томографию придаточных пазух, орбит и пирамид височных костей. У 7 из 183 обследованных нами больных (дети от 2 до 7 лет) оказалась врожденная гидроцефалия, у 87 — опухоли головного мозга различной локализации и гистологического строения, у 60 — кровоизлияния в головной мозг, у 10 — инфаркт головного мозга, у 3 — абсцесс мозга, у 4 — кисты.

На стандартных краниограммах признаки закрытой водянки головного мозга были обнаружены у всех детей. Интракраниальная гипертензия в виде усиления рисунка пальцевых вдавлений, истончения костей свода черепа, удлинения высоты зубцов и расширения венечных и лямбдовидных швов, порочности спинки турецкого седла были обнаружены у 47 (42%) больных. Смещение обызвествленной шишковидной железы установлено лишь у 3 человек с опухолью головного мозга. Прямые и косвенные признаки опухоли головного мозга обызвествление, деструкция, раздвоение спинки седла, симптом Бабчина, редификация, гиперостозы) выявлены на краниограммах лишь у 27 (31%) из 87 больных с опухолями головного мозга. Таким образом, краниография в двух стандартных проекциях позволила обнаружить признаки (прямые, косвенные, ин-

тракраниальную гипертензию) опухолевого поражения головного мозга лишь у 48 (43%) больных.

Приводим наше наблюдение. Т., 17 лет, находилась в неврологическом отделении по поводу хронической сосудистой недостаточности головного мозга. Больная жаловалась на головную боль приступообразного характера, сопровождающуюся тошнотой и рвотой, плохую память. На боковой краниограмме определялись деструкция спинки турецкого седла расширение входа в седло. Имела место интракраниальная гипертензия.

Заключение: опухоль головного мозга супратенториальной локализации, не исключена краниофарингиома(?). При КТ без контрастного усиления выявлены масс-эффект, расширение и смещение бокового желудочка противоположной стороны и незаполнение его на стороне поражения, а при КТ с контрастным усилением — опухолевый узел с элементами мелких кальцификатов. При денситометрии плотность опухоли различная. Наряду с гиперденсивной зоной имеется участок плотностью, равной плотности ликвора (рис. 1). Заключение: опухоль супратенториальной локализации с масс-эффектом. Краниофарингиома? Астроцитомы? Нейрохирургами больная направлена в РМДЦ для МР томографии. Диагноз подтвержден на МР и на операции.

17 больным произведены томография черепа в боковой проекции, по Шюллеру, томография орбит и придаточных пазух.

Ф., 67 лет, направлен по поводу левостороннего экзофтальма. На томограмме (рис. 2) в носоподбородочной проекции определяются деструкция медиальной стенки левой орбиты, разрушение стенок левой лобной пазухи; отчетливо выявляется тень дополнительного образования. При КТ и МР этого же больного установлена менингиома. Диагноз подтвержден на операции и морфологически.

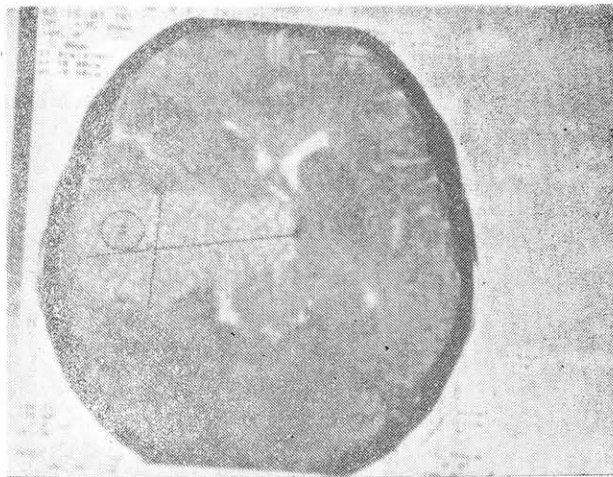


Рис. 1. Томограмма больной Т., 17 лет. Видна опухоль различной плотности, обусловленной самым узлом и кистозно измененной частью. Краниофарингиома.

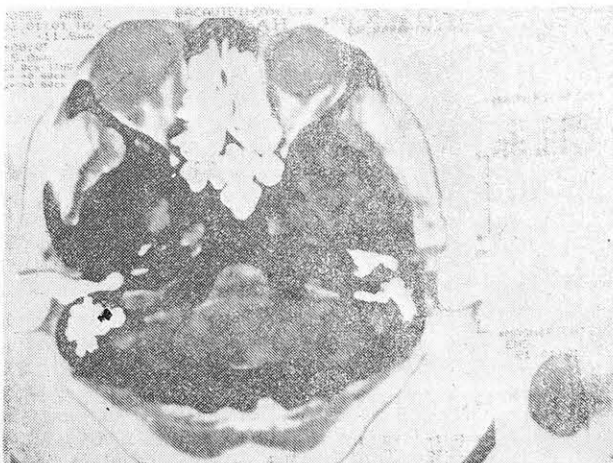


Рис. 2. Томограмма головного мозга (срез орбит) больной Ф., 67 лет. Определяется опухолевый узел в левой орбите (менингиома). Оперативное подтверждение.

Больным с опухолями головного мозга и острым нарушением мозгового кровообращения выполнена КТ без контрастного усиления и с внутривенным введением 20 мл 76% верографина. У 84 (97%) больных обнаружены опухоли головного мозга без установления их видовой принадлежности (рис. 4), при наличии кровоизлияния или инфаркта (геморрагического) проводилось динамическое наблюдение. КТ дала возможность установить правильный диагноз у 96,5% больных. Приводим томограмму больного Н., 59 лет, с кровоизлиянием в головной мозг (рис. 5). Определяемая на ней гиперденсивная зона обусловлена кровоизлиянием в полушарие мозга.

Таким образом, КТ является высокоинформативным методом диагностики заболеваний, опухолевых поражений и острого нарушения кровообращения головного мозга. Контрастное усиление позволяет лучше ориентироваться и детализировать патологические изменения вещества и оболочек головного мозга, осложнения кровоизлияний, инфаркты головного мозга.

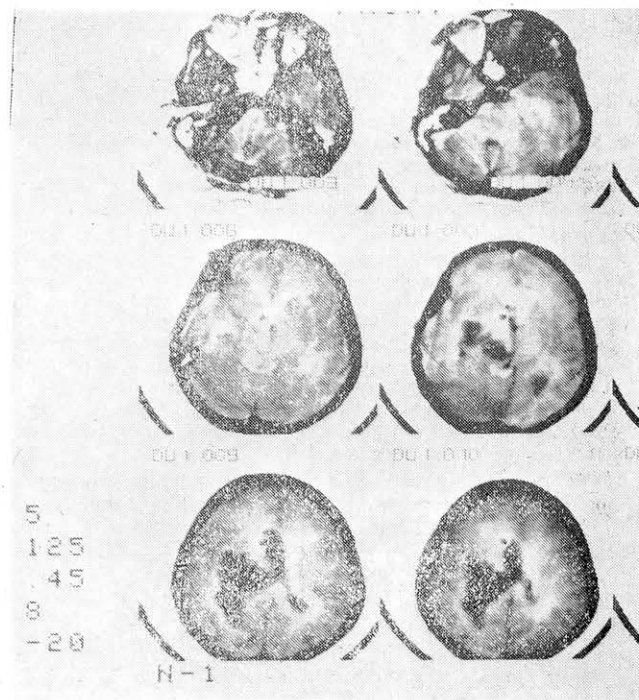


Рис. 5. Томограмма головного мозга больного Н., 59 лет. Определяется кровоизлияние в головной мозг с прорывом в желудочки.

УДК 616.133—007.271—073.75

В. И. Данилов, Н. Г. Закирова, К. П. Тавлуй (Казань). Пароксизмальное течение болезни Нисаму — Такеути — Кудо (болезнь мья-мья)

Болезнь мья-мья была описана в 1961 г. как клинкорентгенологический синдром японскими авторами. Прижизненная диагностика данного заболевания возможна лишь с помощью ангиографического исследования, которое выявляет основной его признак — стенозирование супраклиновидного отдела внутренней сонной артерии, часто с двух сторон. Как правило, стенотические изменения распространяются и на первые сегменты передней и средней мозговых артерий. Дистальные ветви этих артерий не поражаются и обеспечивают возможность коллатерального кровотока. Другие ангиографические признаки заболевания являются результатом трансформации коллатерального кровообращения и зависят от выраженности стенотических изменений. Часто выявляются межартериальные каротидно-вертебральные анастомозы и трансдурально-транскраниальные анастомозы между ветвями наружной сонной артерии и концевыми ветвями внутренней сонной артерии. Помимо корковых анастомозов обнаруживается своеобразная анастомотическая сеть сосудов на основании мозга между передней хориоидальной артерией, лентикюлостриарными артериями, задней соединительной и задней хориоидальными артериями. На ангиограммах в проекции базальных ганглиев выявляется сеть сосудов, напоминающая клубы сигаретного дыма (поуа поуа). Многочисленные анастомозы функционируют под большой нагрузкой и, естественно, подвергаются структурным перестройкам, что

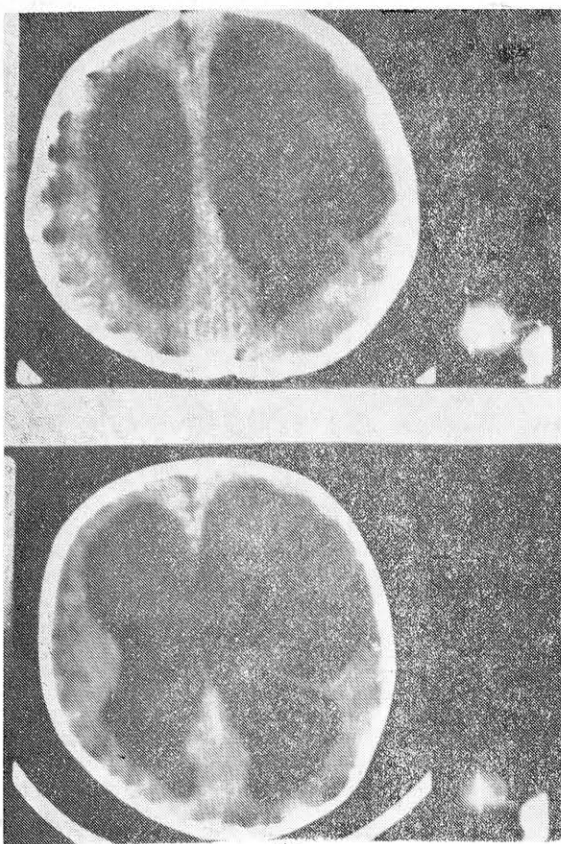


Рис. 3. Томограмма головного мозга ребенка 5 лет. Врожденная закрытая гидроцефалия.

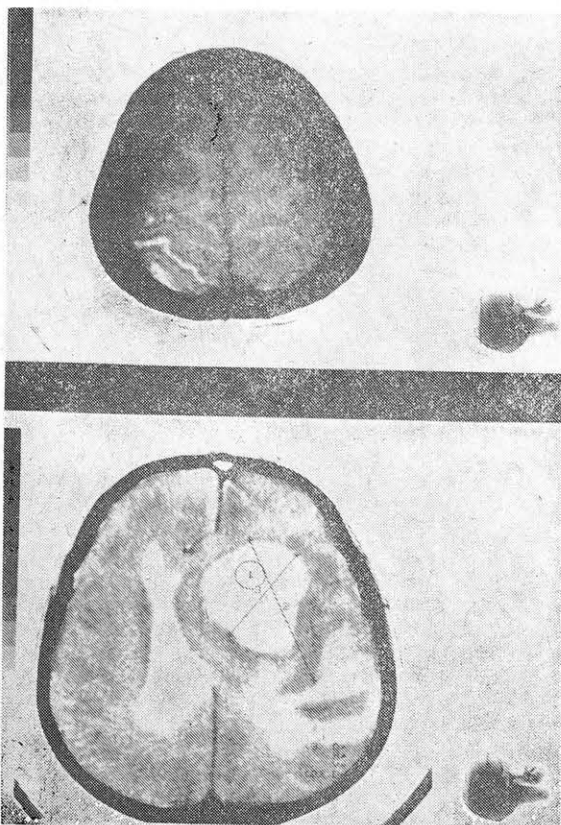


Рис. 4. Томограмма головного мозга больного Г., 49 лет. Опухоль правого полушария мозга со смещением желудочковой системы влево (масс-эффект).

Всем 7 детям с врожденной гидроцефалией произведена КТ. У одного ребенка 5 лет на томограмме (рис.3) отчетливо видна гидроцефалия (врожденная, закрытая).