

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.

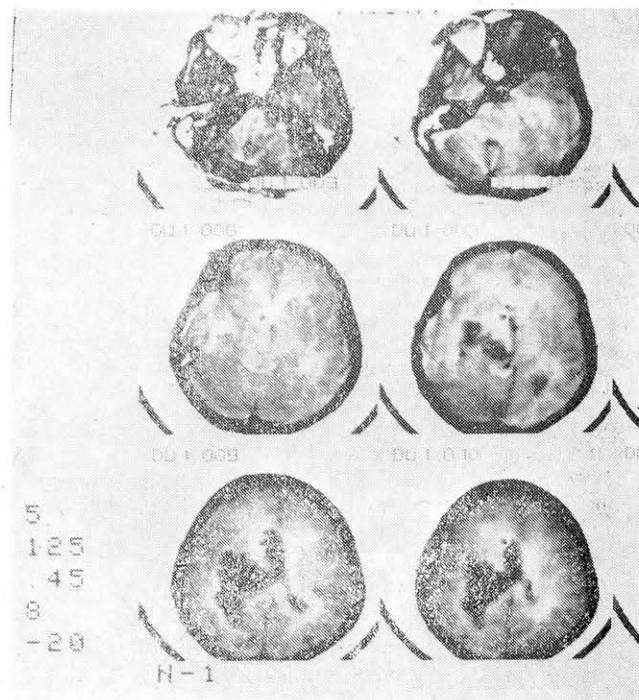


Рис. 5. Томограмма головного мозга больного Н., 59 лет. Определяется кровоизлияние в головной мозг с прорывом в желудочки.

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

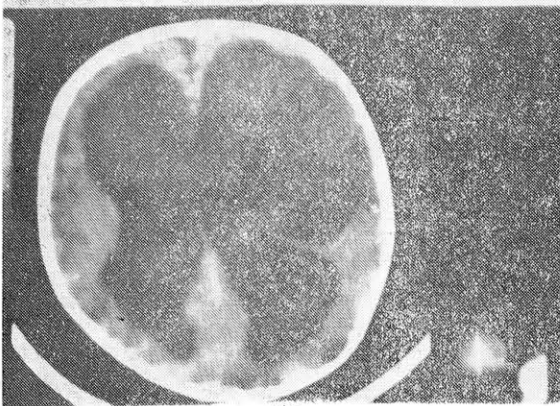
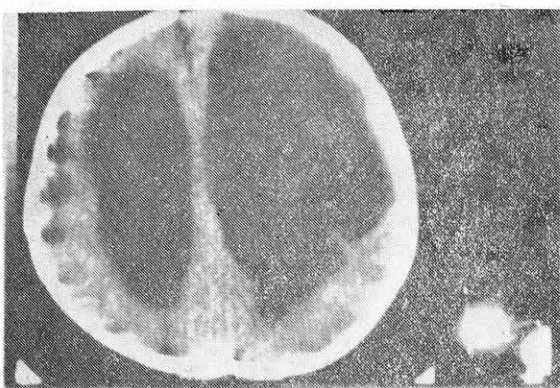


Рис. 3. Томограмма головного мозга ребенка 5 лет. Врожденная закрытая гидроцефалия.

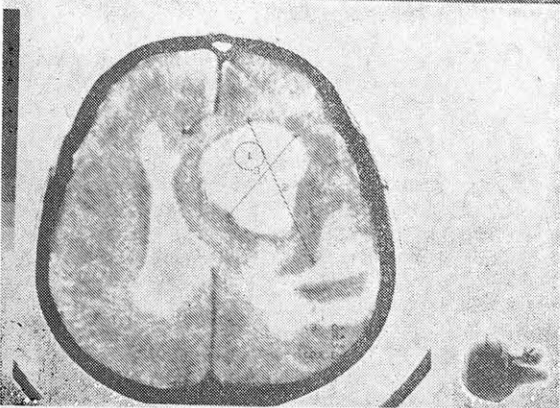
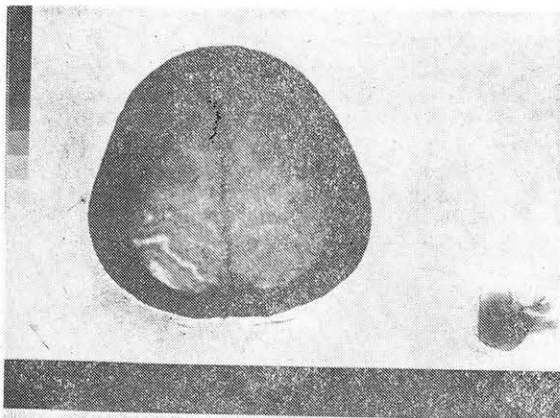


Рис. 4. Томограмма головного мозга больного Г., 49 лет. Опухоль правого полушария мозга со смещением желудочковой системы влево (масс-эффект).

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

приводит к формированию аневризматических выпячиваний. При болезни мoya-moya описаны мешотчатые аневризмы и артерио-венозные пороки развития. Экстракраниальный отдел внутренней сонной артерии в связи с уменьшением кровотока, обусловленного стенозом супраклиновидного отдела, имеет меньший, чем в норме, диаметр.

Происхождение заболевания и ряд патогенетических моментов его прогрессирования остаются до настоящего времени неясными. Высказывается предположение, что оно представляет собой особую форму артериита сосудов основания мозга. Придается значение перенесенным в детстве травме и воспалительным заболеваниям головы и шеи. Имеются указания на значение контрацептивных препаратов, повышающих коагуляционные свойства крови. Описаны наблюдения семейного поражения.

У детей заболевания обычно проявляется переходными ишемическими эпизодами и задержкой психического развития. У взрослых болезнь чаще дебютирует субарахноидальным кровоотечением или внутримозговыми кровоизлияниями в результате разрывов тонкостенных артерио-артериальных анастомозов или аневризматических образований.

Течение заболевания прогрессирующее, часто отмечается нарастание неврологического дефицита с развитием слабоумия.

Лечение — симптоматическое. Рекомендуют кортикостероиды и антикоагулянты. Сообщалось о положительном эффекте трансплантации салыника в область ишемизированной ткани мозга, периваскулярной симпатэктомии и резекции верхнего шейного симпатического узла, удалении внутримозговых гематом, наложении экстра-интракраниального анастомоза.

В отечественной литературе описаны единичные случаи болезни мoya-moya. Приводим два наших наблюдения пароксизмального течения болезни Нисимото — Такеути — Кудо.

П., 46 лет. Доставлен в клинику 18.10.1984 г. Накануне после приема водки появилась головная боль с последующим развитием правосторонней гемиплегии с гемигипалгезией и моторной афазией. АД — 16,0/9,6 кПа. При пальпации левой радиальной артерии ее пульсация не определяется. Глазное дно без признаков патологии. На задней аксиальной рентгенограмме черепа выявлены аномальный поперечный шов и вставочные кости шва. Ликворное давление — 1275 Па, ликвор без признаков патологии. По данным реографии верхних конечностей определяется снижение пульсового кровенаполнения. Данные биохимических анализов крови и клинической оценки сердца показали отсутствие у больного коллагеноза. На следующий день появились движения как в руке, так и в ноге. К 22.10.1984 г. признаки проводниковых нарушений исчезли. К этому времени восстановились речевые нарушения, критика. Оказалось, что в апреле 1984 г. внезапно посинела левая рука в дистальных отделах с исчезновением движений и чувствительности в ней. На фоне лечения по поводу предполагаемого тромбоза левой радиальной артерии неожиданно все нарушения исчезли. В сентябре 1984 г. у больного дважды возникали синкопальные состояния. Первый раз он неожиданно упал от общей слабости и не мог подняться в течение 10 минут. Второй пароксизм проявился в виде головокружения и неустойчивости.

30.10.1984 г. выполнена церебральная ангиография. На левосторонних каротидных ангиограммах в артериальной фазе отмечены конусовидное сужение супраклиновидной части левой внутренней сонной артерии и окклюзия левой средней мозговой артерии в начальной части с развитием бессосудистой зоны в ее бассейне (рис. 1). В проекции базальных ганглиев видна нежная аномальная сосудистая сеть, напоминающая клубы сигаретного дыма. В поздней артериальной фазе — ретроградное заполнение бассейна средней мозговой артерии через аномальные анастомозы между дистальными ветвями левой средней мозговой артерии и передней и задней мозговыми артериями. Дополнительно выполнена аортография, которая позволила обнаружить стеноз левой плечевой артерии в проекции ее отхождения от аорты и атипичное отхождение левой позвоночной артерии от аорты.

Диагностирована болезнь мoya-moya в сочетании с аномальным развитием плечевой и позвоночной артерий. 23.11.1984 г. больной выписан на амбулаторное наблюдение без признаков неврологического дефицита. Катамнез неизвестен.

К., 26 лет. В клинику был доставлен 26.11.1986 г. на носилках с поликилотического приема, на котором внезапно развился правосторонний гемипарез. Впервые аналогичное состояние наблюдалось у него 31.08.1986 г., когда вечером после работы остро возникла правосторонняя ге-

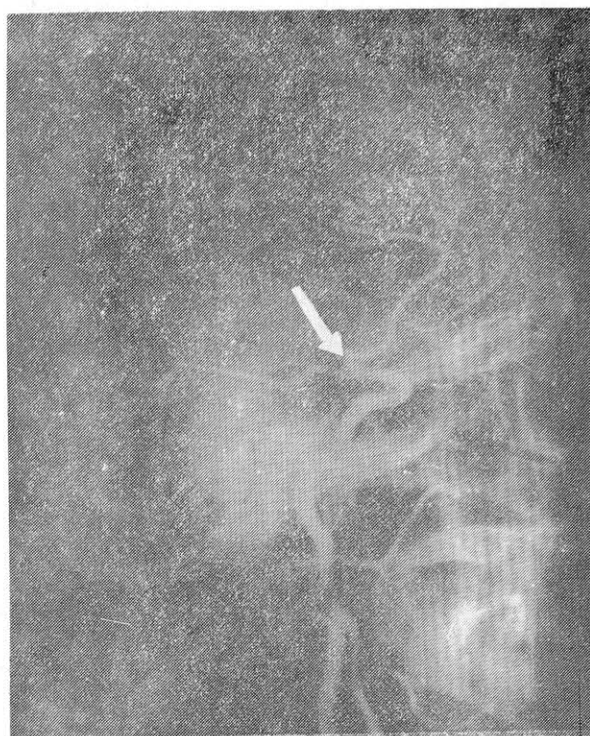


Рис. 1. Наблюдение 1-е. Каротидная ангиография. На ангиограммах в артериальной фазе определяется сужение супраклиновидной части внутренней сонной артерии и начального отрезка задней мозговой артерии (стрелка). Средняя мозговая артерия не контрастируется.



Рис. 2. Наблюдение 2-е. Каротидная ангиография. На ангиограммах в артериальной фазе определяется конусовидное ветвление средней мозговой артерии и нежная аномальная сеть сосудов в проекции базальных ганглиев.

миплегии. Утром следующего дня признаков слабости в конечностях не было. Такой же приступ имел место 10.10.1986 г.

Частота пульса — 82 уд. в 1 мин., дыхания — 18; АД — 16,0/10,8 кПа, температура нормальная. Неврологический статус — сознание ясное, контакт адекватный. Центральный парез правого лицевого нерва. Дистальный парез в правой руке. Объем движений в нижних конечностях

полный. Анизорефлексия — $D > S$. Патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет. Симптомов раздражения оболочек головного мозга нет. Пульсация сонных артерий на шее хорошая.

Высказано предположение о болезни мѳа-мѳа.

РЭГ — сосудистая дистония без асимметрии кровенаполнения.

ЭЭГ — на фоне диффузных изменений биоотоков регистрируется очаг патологической активности в левой височной доле с распространением на левую теменную долю, устойчивый при функциональных нагрузках, иррадирующий из подкорковых образований левой височной доли. ЭХОПГ — регистрируется асимметрия пульсации внутренних сонных артерий с более низкой амплитудой слева. Асимметрична пульсация сигналов от средних мозговых артерий ($S < D$). Заключение — относительный стеноз левой внутренней сонной артерии. На двусторонних каротидных ангиограммах (28.11.1986 г.) в артериальной фазе экстракраниальные отделы внутренних сонных артерий гипопластичны. Ветви левой средней мозговой артерии сужены. Аномальная сосудистая сеть на основании мозга и на его поверхности за счет развития анастомозов между артериями базальных ганглиев, а также ветвями передней и средней мозговых артерий и стволами из системы наружной сонной артерии. Контрастируются обе передние мозговые артерии за счет гипертрофированной передней соединительной артерии (рис. 2).

Диагностирована болезнь мѳа-мѳа. Ишемических атак во время пребывания в клинике не отмечалось, выписан без неврологического дефицита. Катамнез неизвестен.

Первые представления о том, что болезнь мѳа-мѳа является специфической патологией, определяемой только у японцев, оказались несостоятельными. Характерные для болезни Нисимото — Такеути — Кудо изменения в сосудистой системе головного мозга встречались у жителей Минска и Беларуси, Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Москвы и других регионов. Наши наблюдения свидетельствуют о наличии пациентов с этой патологией и в Татарстане.

В настоящее время излечение болезни мѳа-мѳа невозможно. Однако ее своевременная диагностика, в частности контрастирование сосудов головного мозга при повторных церебральных ишемических атаках у больных, позволяет наиболее полно использовать имеющиеся возможности консервативного и хирургического лечения, разумной организации жизни и трудовой деятельности.

УДК 616.832—004.2—02:616.839

Г. В. Матвеева, Л. И. Паюк (Казань). Состояние вегетативной нервной системы у больных рассеянным склерозом

В последние годы для объяснения механизмов развития рассеянного склероза (РС) особое внимание уделяется изучению систем защиты и гораздо менее — другим системам гомеостаза, в частности состоянию вегетативной нервной системы (ВНС). Вместе с тем именно ей принадлежит ведущая роль в обеспечении адаптационных механизмов. Имеющиеся сведения о роли ВНС в механизмах развития РС либо малочисленны, либо противоречивы.

В связи с этим целью настоящего исследования являлось изучение ВНС у больных РС. Был обследован 151 пациент (женщин — 109, мужчин — 42). В фазе обострения находились 109 больных, в фазе ремиссии — 42; продолжительность заболевания менее 2 лет была у 30 больных, более 2 лет — у 121; средняя продолжительность заболевания — $7,8 \pm 1,0$; средний возраст больных — $32,3 \pm 3,6$ года.

Контрольную группу составили 30 здоровых волонтеров в том же возрасте, что и больные РС.

ВНС больных изучали с помощью математического анализа сердечного ритма — кардиоинтервалограмм, а также гистограмм.

Синдром вегетативной дистонии, гипервентиляционный синдром, гипергидроз оценивали с помощью анкет субъективного и объективного характера; применяли кардиоваскулярные тесты; определяли время зрачкового рефлекса. В результате проведенной работы у больных РС выявлено преобладание симпатического тонуса с неглубоким напряжением центрального контура и систем адаптации. Выраженные изменения вегетативных показателей обнаружены у лиц старше 30 лет и длительно болеющих; у них же в ортопробе регистрировалось более грубое напряжение регуляторных механизмов с ослаблением резервов автономного контура и снижением компенсаторно-приспособительных реакций. Синдром вегетативной дистонии был одинаково выражен в разных возрастных группах и неодинаково

вым стажем заболевания. Фаза обострения или ремиссии не отражалась на выраженности указанного синдрома.

Синдром вегетативной дистонии, определяемый у больных вне зависимости от пола, возраста, продолжительности заболевания, фаз обострения или ремиссии, со всей очевидностью доказывал вовлечение в процесс при РС надсегментарного аппарата, а показатели кардиоваскулярных тестов свидетельствовали об участии у больных РС как парасимпатических, так и симпатических периферических нервов, однако в периоде ремиссии у лиц, болеющих менее 2 лет, и моложе 30 лет они мало отличались от контроля. Следовательно, сегментарная вегетативная система у них сохранялась достаточно хорошо.

У всех обследованных пациентов в периоде обострения регистрировалось увеличение времени зрачкового цикла, указывающее на двусторонность и симметричность поражения парасимпатических нервов зрачка. По его восстановлению у больных с ремиссией можно было судить о временном характере повреждений и хороших компенсаторных возможностях ВНС у больных РС.

УДК 616.8—071.4

А. Я. Попелянский (Казань). «Экстрасенсорная» проприоцептивная диагностика

Так называемое физикальное исследование предусматривает попытку оценки состояния больного с помощью довольно точных показаний анализаторов врача и датчиков различных приборов. Истинность этих показаний настолько высока, что их принято считать результатами объективного исследования. Общеизвестно, что диагностика, в первую очередь, топическая, особенно точна в неврологии в силу объективности сведений о классических путях и центрах мозга. Возможность установления строго научных причинно-следственных отношений, как казалось, несколько уменьшала значение интуитивного компонента неврологической диагностики. В невропатологии в связи со скрытым положением структур мозга диагностический процесс больше, чем в других областях медицины, — процесс логический, а не интуитивный, не чувственный, не «сенсорный», тем более не «экстрасенсорный». Сама вековая практика неврологической диагностики — лучшее средство отрицания того мистического образа, с которым в настоящее время обычно связывают понятие экстрасенсории. Между тем и в классической медицинской диагностике содержится неизбежный компонент субъективизма. Так, в приемах определения характера и выраженности нарушений мышечного тонуса важное место занимает субъективная оценка информации из проприоцепторов рук врача. В связи с развитием вертеброневрологии, в которой весомая роль отведена мануальной медицине, значимость этого проприоцептивного чувства для врача (относительно не одних лишь рук его) возрастает. Последнее обстоятельство выводит проприоцепцию к рубежам тех ощущений, следовательно, диагностических возможностей, которые долго казались непонятными или труднодоступными.

С учетом знаний координаторных связей всей двигательной системы больного и врача удается создать такое сочетание поз и усилий, которое воздействует на отдаленный на какой-либо сустав или мышцу. При этом требуется сплав указанных знаний с устойчивым навыком сконцентрированного внимания к конкретному миоартикулярному звену опорно-двигательного аппарата не только пациента, но и к своему собственному. Автоматизм проведения теста — выбор позиции, фиксации (с извлечением нужной диагностической информации) приходит лишь с опытом, происходит формирование и направленное совершенствование осязательных и других чувственных возможностей.

Оптимизация выработки сенсорного комплекса несомненно сокращает временные затраты в достижении профессиональных навыков. Как для психомоторики гонщика или хорошего водителя важна афферентация не только зрительная, но и проприоцептивная, не только из области кисти, всей руки, но и торса, ягодиц, ног, так к врачу-нейроортопеду требуются нацеленная тренировка некоторых эквивалентных качеств и их умелое использование. Возможна ли их выработка у каждого заинтересованного в этом врача, можно ли определять эти качества как экстраординарные, «экстрасенсорные»? Двадцатилетняя нейроортопедическая деятельность, тринадцатилетнее преподавание убеждают в следующем: «экстрасенсорика» мануального терапевта вполне объяснима и имеет материальный субстрат. Кавычки в названии и тексте весьма условны. Профессиональная мануальная оценка плотности и подвижности, динамической сопротивляемости биологических тканей доступны обученному врачу. И все-же определять