

*Ким О.А.,
Джурабекова А.Т.,
Юсупова Н.Н.,
Мусинов Ф.С.*

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Самаркандский медицинский институт, кафедра неврологии

Внедрение нейровизуализационных методов исследования, в частности компьютерной томографии (КТ), в неврологическую практику позволило добиться важных достижений в области сосудистых заболеваний головного мозга, что дало возможность новым подходам в изучении эпидемиологии, патогенеза, диагностики мозгового кровообращения. Они определили главную роль в нейро- и ангиовизуализации, дистанционных методов изучения структуры, кровотока и метаболизма мозга [1,4,5].

Цель исследования изучить, в сравнительном аспекте, КТ-картины головного мозга при инсультах различного генеза у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования. Нами проведена компьютерная томография головного мозга 42 пациентов в возрасте от 30 до 48 лет. перенесших нарушение мозгового кровообращения. Из них - 11 (26,2%) больных перенесли транзиторные ишемические атаки, 23(54,76%) - ишемический инсульт, 8(19,04%) - геморрагический инсульт. Контрольную группу составили 30 лиц, не предъявлявших каких-либо жалоб.

Результаты исследования. Анализ результатов КТ-больных, перенесших ишемический инсульт показал, что в 18 случаях (78,26%) отмечались грубые обширные очаги пониженной плотности от - 3 до 18 ед., в теменно-височной доле головного мозга, в 52,1% случаях с распространением на лобную долю. При этом в 16 случаях (69,5%) очаг ишемии распространялся как на белое вещество, так и на подкорковые образования, хотя клинически мы не наблюдали признаков поражения подкорковых структур. Отек мозга нередко приводил к сдавлению ликворных пространств и смещению срединных структур мозга (положительный mass- эффект). У 11 больных (26,2%) на КТ наблюдались лакунарные очаги ишемии в белом веществе головного мозга с неоднородной пониженной плотностью. Начало заболевания у данного контингента больных сопровождалось невыраженным отеком, как в зоне ишемии, так и в окружающем веществе мозга без признаков объемного воздействия на желудочковую систему мозга.

Регресс перифокального отека и улучшение визуализации ишемического очага у всех больных начинался, как правило, с 2-3-й недели от начала заболевания. В 4-х наблюдениях на 4-й неделе начинала формироваться постинфарктная киста. Во всех случаях имели место инфаркты мозга средней величины (до 1 см).

Наиболее ценным является метод КТ в

диагностике паренхиматозных кровоизлияний (ПК) или ограниченных внутримозговых гематом. В наших наблюдениях ПК отмечались в 62.5%. Клиническое течение ПК во многом напоминает ишемический инсульт. Во всех изученных нами случаях они протекали без потери сознания, а общемозговые симптомы проявлялись в основном спутанностью сознания и диффузными головными болями. Очаговые симптомы чаще проявлялись невыраженными гемипарезами или нарушениями высших корковых функций, в 50% наблюдался горизонтальный нистагм больше при взгляде в сторону очага.

На серии КТ в остром периоде мы отмечали очаг повышенной плотности размерами 3-5 на 1-2 см в 37,5% случаях медиальной локализации, а в 25% случаях - смешанной. Очаг геморрагии определялся на 2-3 сутки и сопровождался выраженной зоной перифокального отека, положительным mass-эффектом со сдавлением желудочковой системы на стороне очага. Начиная с 18-21 суток, мы наблюдали организацию очага геморрагии с последующим образованием на 28 сутки постинсультной кисты.

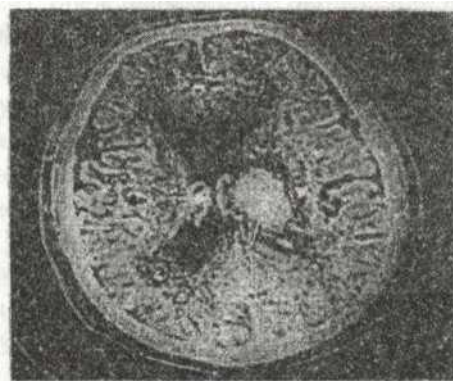


Рис. 1. Смещение срединных структур перифокальным отеком в острейшем периоде.

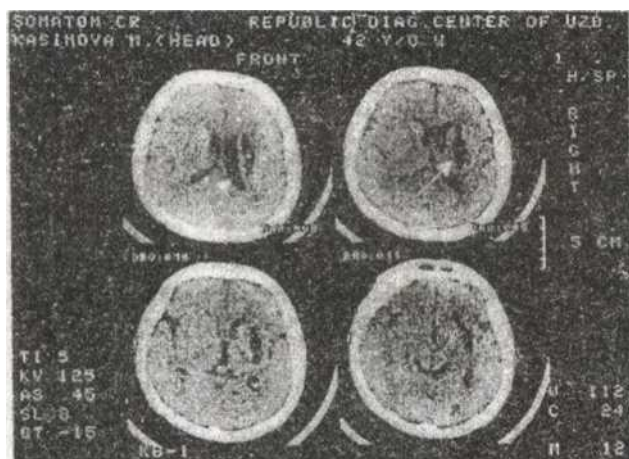


Рис.2.Смещение желудочков в сторону постинсультной кисты в подострый период.

Как показали наши исследования КТ картина головного мозга при ишемических инсультах во многом определяется стадией сосудистого процесса. В острейшем периоде зона ишемии окружена зоной перифокального отека который приводит к смещению срединных структур.

В подострую стадию инсульта мы, как правило, наблюдали образование постинсультной кисты, денситометрические показатели которой приближались к показателям желудочковой системы мозга. За счет вторичных рубцово-атрофических изменений на томограммах мы нередко отмечали смещение желудочков в сторону постинсультной кисты. Таким образом, в результате проведения КЗ' исследований мы получили возможность не только определить локализацию очага, степень выраженности изменений окружающих очаг тканей, но и проследили за динамикой сосудистого процесса. Наши исследования дают основание полагать, что характер этиологического фактора инсультов у лиц молодого возраста не влияет на степень тяжести инсульта, а во многом определяется тяжестью течения основного сосудистого процесса. На КТ инсульты имеют разнообразную картину на различных стадиях организации очага. Особую ценность имеет метод КТ, в частности данные анализа линейных показателей, в диагностике ПК, что во многом определяет дальнейшую тактику лечения больного.

Литература

1. Верещагин Н.В., Борисенко В.В., Власенко А.Г. Мозговое кровообращение: современные методы исследования в клинической неврологии. М. Интер. Весы, 2007. 208 с.
2. Верещагин Н.В. и др. Компьютерная томография мозга. М.: Медицина, 2004. С.256.
3. Корниенко В.Н. и др. Компьютерная томография в диагностике внутричерепных гематом. М.: Медицина. 2005. С. 288.
4. Равенская А.Ф. Структура сосудистых заболеваний мозга за 10 лет (по материалам Семипалатинской областной больницы). //В кн.: Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга. Под ред. акад. Е.В. Шмидта.-М., 2010.-с. 106-108
5. Н.В.Пизова, А.Н.Дмитриев, П.А.Чижев, В.А.Табаков, С.Д.Прозоровская. Клинические особенности острых нарушений мозгового кровообращения у лиц молодого возраста с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова/2'2011 с.8
6. Рахимджанов А.Р. Мозговые инсульты: актуальность и реальность//Методические рекомендации.- 2008. с.28