

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЭПИЛЕТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ураков С.В., Доброхотова Т.А., Лукина А.А.

НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва

Эпилептические припадки в клинической картине растущих глиальных опухолей головного мозга более чем в трети наблюдений оказываются первым и единственным симптомом болезни [2, 4, 5, 6, 7]. Часто эпилептический приступ не сопровождается судорожным или сенсорным компонентом проявляется, а состоит лишь из психопатологических нарушений, что представляет наибольшие трудности в диагностике и трактовке состояния [4].

Несмотря на большое количество исследований по симптоматической эпилепсии, лишь в отдельных работах отмечена взаимосвязь психопатологической структуры приступов со стороной поражения, а также внутрислоушарной локализацией опухоли [1, 2, 3, 4]. Продолжается дискуссия о зависимости структуры и частоты приступов от профиля функциональной асимметрии [1, 2, 3].

Проанализировано 230 больных, прооперированных в НИИ нейрохирургии за 1 год по поводу глиальных опухолей больших полушарий головного мозга. Среди изученных больных по профилю функциональных асимметрий преобладали правши - 145 (63%), признаки левшества выявлены у 52 (22%), левшами были 4 пациента (2%). Профиль функциональных асимметрий не был установлен у остальных 29 больных (13%).

По гистологическому диагнозу почти в половине случаев были больные с глиобластомами – 107 больных (47%). Анапластические глиомы были у 55 больных (24%) и глиомы низкой степени злокачественности – у 68 больных (29%).

Поражение левого полушария головного мозга выявлено у 135 пациентов (59%), правого - у 95 (41%). Манифестация заболевания с эпилептическими припадками выявлена у 136 больных (59%), у 100 из них это было единственным проявлением растущей опухоли мозга.

Давность припадков при глиомах низкой степени злокачественности была до 20 лет, тогда как при глиобластомах – 1-2 месяца (не превышала 6 месяцев). В работе подтверждается мнение, что давность появления эпилептических припадков напрямую связана с типом опухоли и скоростью ее роста.

Эпилептические припадки чаще встречались у больных с глиомами низкой степени злокачественности (85%) и анапластическими формами (76%). Значительно реже - у пациентов с глиобластомами (34%).

Особое внимание было уделено характеристике психических феноменов в рамках эпилептических припадков при глиальных опухолях больших полушарий мозга. При рассмотрении зависимости структуры припадков от внутрислошарной локализации опухоли и стороны поражения у правойшей выявлены следующие закономерности.

Структура припадков и локализация поражения головного мозга.

Доли	Структура припадков	
	Правое полушарие	Левое полушарие
Лобная	-генерализованные судорожные припадки -простые моторные (клонические, тонические, версивные) приступы -обонятельные галлюцинации	
		-приступы моторной афазии -моторные автоматизмы -абсансы
Височная	-простые моторные или сенсорные приступы	
	-обонятельные, зрительные галлюцинации -невербальные (ритмические, музыкальные) слуховые галлюцинации -приступы дереализации (искажение восприятия окружающего, звуков, времени, состояния «уже виденного», «никогда не виденного» и т.п.) -дисмнестические феномены (вспышки памяти) -аффект тоски и страха, эйфории	-вербальные слуховые галлюцинации -афатические приступы -сложные парциальные приступы (ороалиментарные автоматизмы, психомоторные приступы) -идеаторные феномены (наплывы, насильственность мыслей) -аффект тревоги и беспокойства
Теменная	-простые соматосенсорные приступы, тонические приступы	
	-приступы дереализации (искажение восприятия окружающего) -приступы деперсонализации (метоморфозии, асоматогнозия)	-автоматизмы -дисфазия
Затылочная	-элементарные контрлатеральные зрительные феномены -иллюзорные нарушения	

На основании изученного материала подтверждено, что при поражении левого полушария у правойшей чаще были генерализованные судорожные припадки,

психомоторные припадки и речевые приступы с идеаторными пароксизмами. У больных с опухолями правого полушария чаще развивались аффективные и психосенсорные приступы.

Выявлены различия выхода из приступа при поражении правой и левой гемисфер мозга. При правосторонних опухолях больные практически сразу после приступа приходили в ясное сознание и могли продолжать активную деятельность, при левосторонних – пациенты некоторое время оставались спутанными и дезориентированными, не понимали, что с ними произошло.

При анализе индивидуальных признаков пациентов и влиянии их на эпилептические припадки выявлено, что 2 раза чаще припадки встречались у больных моложе 40 лет и с признаками левшества. Для больных с левшеством было характерно более частое развитие психических пароксизмов и полиморфизм припадков. Расстройства речи и гнозиса у левшей отличались меньшей выраженностью, не достигали степени афазий, агнозий и имели иную структуру.

Эпилептоидные изменения личности, описанные в литературе у больных, страдающих эпилепсией более 1 года, в данной работе выявлены у 24 пациентов. Как правило, это были больные с медленно растущими опухолями: при олигодендроглиомах и астроцитомах – 54% (13 больных), при анапластических глиомах – 38% (9 больных). Тогда как при глиобластомах эти изменения были лишь у 8% (2 больных). Эпилептоидные черты личности развивались чаще при поражении левого полушария (21%), чем правого (11%).

Выводы

1. Степень злокачественности опухоли является ведущим фактором, определяющим частоту эпилептических припадков у больных с глиальными опухолями больших полушарий головного мозга: приступы развиваются чаще у больных с глиомами низкой степени злокачественности (85%) и анапластическими формами (76%), значительно реже - у пациентов с глиобластомами (34%).
2. Сторона поражения определяет структуру психических припадков: а) для правостороннего поражения головного мозга правшей характерны аффективные и психосенсорные (дереализация, деперсонализация, зрительные и обонятельные галлюцинации) приступы; б) для левостороннего - приступы, протекающие с нарушенным сознанием (психомоторные приступы, амбулаторные автоматизмы), идеаторные и вербальные пароксизмы

3. Эпилептические припадки в 2 раза чаще встречаются у больных моложе 40 лет и пациентов с признаками левшества.
4. Для больных с левшеством характерны более частое развитие психосенсорных и психомоторных приступов, а также полиморфизм припадков.

Список литературы

1. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. - М.: Медицина - 1981. - 287 с.
2. Доброхотова Т.А., Ураков С.В., Чебышева Т.А. Психические нарушения опухолей больших полушарий головного мозга. // В кн. Нейропсихиатрия. – Москва. – Издательство «Бином». – 2006. – с.107-131.
3. Тетеркина Т.И., Доброхотова Т.А., Олешкевич Ф.В., Федулов А.С. Эпилепсия и функциональная асимметрия головного мозга. - Минск. – 1993. – 129 с.
4. Elisevich K., Epilepsy and Low-Grade Gliomas. // В книге Rock J.P.et al., The Practical Management of Low-Grade Primary Brain Tumors. – 10 глава. – 1999. - 149-169.
5. Engel J.Jr. Alternative therapy. In: Engel J.Jr.(ed) Seizures and epilepsy. FA Davis, Philadelphia. – 1990. – pp. 443-474
6. Olivier A, Lacerte D Epilepsy and benign gliomas. In: Apuzzo MLJ (ed) Low-grade glioma. // AANS, New-York. – 1995. - pp 347-379.
7. Rasmussen T, Blundell J: Epilepsy and brain tumor. // Clin Neurosurg. – 1961. - 7. - 138-158.