

УДК 616.8—099—02:616.366.082/—089

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Т. П. Сисецька

Київська обласна психоневрологічна лікарня

В численній літературі, присвяченій клініці, патогенезу та лікуванню епілепсії, багато питань не дістали свого остаточного розв'язання. Проведення протисудорожної терапії, незважаючи на різноманітність протиепілептичних засобів, в багатьох випадках виявляється недостатньо ефективним.

На думку більшості дослідників [5, 6, 9, 11], найкращих результатів досягають при комплексному лікуванні, спрямованому не лише на загальні механізми, що регулюють виникнення пароксизмальних розрядів, а й на окремі ланки складного патогенетичного ланцюга.

Останнім часом широкого визнання дістав хірургічний метод лікування, що застосовується, коли медикаментозна терапія мало ефективна [2, 8, 9, 14].

Відносно нещодавно хірургічному лікуванню піддавали хворих на епілепсію з чіткими осередковими змінами без виражених порушень особи. Розвиток оперативної техніки, електрофізіології і вчення про епілептогенне вогнище значно поширили показання до хірургічних втручань при епілепсії. При цьому було встановлено, що лікувальний ефект внаслідок видалення епілептогенного вогнища призводить не лише до зниження випадків, а й до поліпшення психічного стану хворих [2, 3, 10, 11].

З позицій сучасного вчення про патофізіологічні механізми порушення психіки хворого вони є результатом складних розладів інтегративної діяльності головного мозку з порушенням корково-підкорково-стовбурних функціональних взаємовідношень. Отже, відновлення порушених психічних функцій певною мірою відбиває нормалізацію інтегративних функцій головного мозку [10].

Ми досліджували динаміку клініко-психопатологічної картини хворих, яким зроблено операцію з приводу осередкової епілепсії, та вивчали зміни в інтелектуально-мнестичній сфері, викликані видаленням патологічно зміненої ділянки мозку; крім того, нас цікавив вплив епілептогенного вогнища на частоту і характер судорожних проявів; та з'ясування питання про те, чи є психопатологічні зміни, характерні для епілепсії, первинними, процесуальними чи другорядними, що залежать від тяжкості і частоти судорожних проявів. На підставі зіставлення клінічної картини захворювання з результатами нейропсихологічного дослідження ми вивчали додаткові критерії для діагностики епілептичного вогнища.

Головний метод досліджень — клініко-психопатологічні спостереження в динаміці до- і післяопераційного періоду. Для більш поглиб-

леного вивчення деяких тодик експериментально-визначення вогнищевих лись деякі методики ней

Під нашим наглядом — видаленню епілептичного субпіальне відсмоктування успішно одержували інт

Всього обстежено 61 коливався від 14 до 44 років. Етіологічні фактори хворих причину захво 7 осіб.

Більшість дослідників поділом хворих на групи. Грунтуючись на їх даних, поділили на три групи, і частоти випадків, с функцій.

У хворих I групи (три-чотири рази на місяць) випадки. Припадкам психо-сенсорного типу. вираження судорог в од

При нейропсихологічних легкі мовні порушення, лептогенного вогнища.

Дані нейропсихологічного ЕЕГ даними. На електрокардіограмі окреслене вогнище

При психопатологічному порушенні пам'яті (п'ять осіб) порушення у вигляді підвищення дуже різко виражені у осіб.

У хворих II групи поєднання психомоторних порушень з генералізованими припадками. В структурі осередковий компонент 300 на добу. Порушення 15 осіб (мова, праксис, порушення пам'яті, уповільнення процесів. Емоційна сфера — чотири осіб)

До III групи (24 осіб) дієтної епілепсії. І денними судорожними епілептичними статусами по кілька діб, психомоторний компонент осередковий компонент ромування мовні розлади (психопатологія). Порушення нейропсихологічного дослідження афазія, порушення

леного вивчення деяких психічних процесів був застосований ряд методик експериментально-психологічного дослідження [1, 7]. З метою визначення вогнищового ураження головного мозку використовувались деякі методики нейропсихологічного дослідження [4].

Під нашим наглядом були хворі, піддані оперативному лікуванню — видаленню епілептогенного вогнища (резекція скроневої доли, субпіальне відсмоктування ділянок кори). Всі хворі до операції безуспішно одержували інтенсивне протисудорожне лікування.

Всього обстежено 61 хворого, з них 27 жінок і 34 чоловіків. Вік їх коливався від 14 до 44 років. Давність захворювання — від 2 до 20 років. Етіологічні фактори: травма — 28, нейроінфекція — 24. У дев'яти хворих причину захворювання з'ясувати не вдалося. Працюючих — 7 осіб.

Більшість дослідників при клінічному аналізі користуються розподілом хворих на групи, залежно від тяжкості перебігу захворювання. Грунтуючись на їх даних, всіх хворих, що були під наглядом, ми розподілили на три групи, залежно від давності захворювання, характеру і частоти випадків, ступеня порушення інтелектуально-мнестичних функцій.

У хворих I групи (сім осіб) відзначені однотипні відносно рідкі (три-чотири рази на місяць), генералізовані, абортівні, психомоторні випадки. Припадам передували аури вегетативно-вісцерального, психо-сенсорного типу. В структурі випадків відзначалось переважне вираження судорог в одній половині тіла, жувальні рухи.

При нейропсихологічному дослідженні у двох хворих виявлено легкі мовні порушення, що свідчать про лівосторонню локалізацію епілептогенного вогнища.

Дані нейропсихологічних досліджень збігалися з клінічними та ЕЕГ даними. На електроенцефалограмі в цих випадках було виявлено чітко окреслене вогнище епілептогенної активності.

При психопатологічному дослідженні виявлено незначне зниження пам'яті (п'ять осіб) та інтелекту (дві особи). Емоціональні порушення у вигляді підвищеної дратливості, емоціональної лабільності не дуже різко виражені у двох хворих. Працювало з перервами три особи.

У хворих II групи (30 осіб) в динаміці хвороби спостерігалось поєднання психомоторних, галюцинаторно-вісцеро-вегетативних пароксизмів з генералізованими, абортівними, малими джексоновськими випадками. В структурі випадків у всіх випадках було відзначено осередковий компонент. Частота випадків від трьох на тиждень до 300 на добу. Порушення осередкових коркових функцій відзначено у 15 осіб (мова, праксис). У всіх хворих цієї групи зареєстровано зниження пам'яті, уповільнення темпу мислення, утруднення інтелектуальних процесів. Емоціональні розлади виявлені у половини хворих. Працюючих — чотири особи.

До III групи (24 особи) входили хворі з найбільш тяжкою прогресивною епілепсією. Ця група характеризувалась дуже частими щоденними судорожними випадками, що нерідко проходили серіями, епілептичними статусами, паморочним станом свідомості, який тривав по кілька діб, психомоторними пароксизмами. У 17 хворих виявлено осередковий компонент в структурі випадків (різні види аури, скороминущі мовні розлади, рухові і чутливі випадання, вегетативна патологія). Порушення коркових функцій осередкового характеру при нейропсихологічному дослідженні виявлені у 20 осіб (амнестична, моторна афазія, порушення праксиса, письма і читання). У всіх хворих

цієї групи при дослідженні було виявлено грубе зниження пам'яті, явища недоумства, афективні розлади (тяжкі дисфорії, дратливість), в'язкість мислення. Хворі цієї групи не працювали, часто потрапляли на лікування до психіатричної лікарні.

Отже, наші спостереження показують, що психічні порушення тим грубіші, чим більш тяжкий перебіг захворювання: вони більше виявлені у хворих з тривалим перебігом захворювання, частими судорожними випадками, психомоторними пароксизмами, паморочними розладами свідомості.

Таблиця 1
Динаміка інтелектуально-мнестичних порушень після різних хірургічних втручань

Операція	I група					II група					III група				
	Кількість хворих	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Працюють	Кількість хворих	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Працюють	Кількість хворих	Поліпшення	Без змін	Погіршення	Працюють
Резекція скроневої долі	4	4	—	—	4	14	8	6	—	6	12	6	4	2	4
Субпіальне відсмоктування кори	3	2	1	—	2	10	7	4	—	3	6	—	2	4	—
Комбінована: резекція + субпіальне відсмоктування	—	—	—	—	—	6	3	1	1	1	6	—	6	—	—
Всього	7	6	1	—	6	30	18	11	1	10	24	6	12	6	4

Пристаючи до характеристики післяопераційного періоду, необхідно відзначити, що віддалені результати хірургічного лікування хворих оцінювались строком від одного до чотирьох років.

В найближчому післяопераційному періоді у семи хворих відзначались розлади свідомості з руховим неспокоєм за типом аментивно-деріліозного. В ряді випадків (13 осіб) відповідно ділянці зруйнування відзначені знову виниклі нейропсихологічні синдроми чи поглиблення колишніх (нюхові, смакові, зорові галюцинації, явища апраксії, моторної, сенсорної і амнестичної афазії, порушення читання, письма, лічби). Згадані симптоми, як правило, протягом одного-двох тижнів зникали і були зумовлені об'ємом і локалізацією операції (основна маса ускладнень в післяопераційний період припадала на операції, зроблені в лівій гемісфері). Слід відзначити, що у кількох хворих III групи з низькими компенсаторними можливостями ці порушення зберігались протягом більш тривалого часу (до одного року). У третини оперованих хворих після операції виникали емоціональні порушення (ейфорія, легка депресія, астения, злобність, дратливість), що зберігались від одного місяця до двох років.

Отже, найближчий післяопераційний період характеризувався гострими психічними і неврологічними розладами, зумовленими тяжкістю оперативного втручання.

При оцінці результатів хірургічного лікування ми враховували відсутність чи зменшення випадків, регрес психічних розладів і соціальну реадaptaцію хворих. Вказані показники відображені в табл. 1 і 2.

Як видно з даних, наведених, випадки припинились у порівняно рідше і не супроводжували осіб відзначено поліпшення інтелектуальної сфери. І лише у одній хворій з боку психіки не було жодних змін. Працюють навчаться в технікумі. І займаються домашнім господарством.

Динаміка кількості

Операція	I група		
	Кількість хворих	Припинення випадків	Зменшення
Резекція скроневої долі	4	3	1
Субпіальне відсмоктування кори	3	1	2
Комбінована: резекція + субпіальне відсмоктування	—	—	—
Всього	7	4	3

Отже, у хворих I групи після операції відзначено видалення епілептичних випадків і поліпшення психіки.

В II групі після операції замість випадків епілепсії відзначено поліпшення дихання, серцебиття і змінилась їх структура: зникли абортівні, у деяких хворих обличчя, без втрати свідомості і психомоторних порушень, і психомоторних порушень та їх структур. Після операції відзначено поліпшення інтелектуальних порушень, мови і праксиса. У хворих III групи, що виявилось у 6 осіб, психічний статус після операції повернувся до норми. 11 осіб психічний статус після операції повернувся до норми. 9 хворих, домашнім господарством.

Із 24 хворих III групи після операції відзначено видалення епілептичних випадків: судорожні припадки зникли. У одного хворого частота їх залишилась такою ж, як і до операції.

Як видно з даних, наведених у цих таблицях, серед хворих I групи випадки припинились у п'яти осіб. У двох вони стали виникати значно рідше і не супроводжувались судорожним компонентом. У шести осіб відзначено поліпшення в інтелектуально-мнестичній чи емоційній сфері. І лише у одного хворого, оперованого рік тому, поліпшення з боку психіки не відзначено, незважаючи на зменшення кількості випадків. Працюють після операції п'ять осіб. Один працює і навчається в технікумі. І лише одна хвора з цієї групи продовжує займатися домашнім господарством.

Таблиця 2

Динаміка кількості випадків після хірургічних втручань

Операція	I група					II група					III група				
	Кількість хворих	Припинення випадків	Зменшення	Без змін	Працюють	Кількість хворих	Припинення випадків	Зменшення	Без змін	Працюють	Кількість хворих	Припинення випадків	Зменшення	Без змін	Працюють
Резекція скроневої доли	4	3	1	—	4	14	8	6	—	6	12	1	8	3	4
Субпіальне відсмоктування кори	3	1	2	—	2	10	2	7	1	3	6	—	5	1	—
Комбінована: резекція + субпіальне відсмоктування	—	—	—	—	—	6	1	4	1	1	6	—	6	—	—
Всього	7	4	3	—	6	30	11	17	2	10	24	1	19	4	4

Отже, у хворих I групи з найбільш сприятливим перебігом захворювання видалення епілептогенного вогнища привело до припинення випадків і поліпшення психічних функцій, за винятком одного хворого.

В II групі після операції випадки припинились у 11 осіб. У деяких замість випадків виникали пароксизми запаморочення, утруднення дихання, серцебиття. У 17 осіб кількість випадків зменшилась і змінилась їх структура: замість великих судорожних випадків з'явилися абортівні, у деяких відзначались односторонні судороги кінцівок, обличчя, без втрати свідомості. Зменшилась кількість вісцеро-вегетативних і психомоторних пароксизмів. У решти двох хворих кількість випадків та їх структура залишалась без змін. Поліпшення пам'яті, оживлення інтелектуальних процесів, нормалізація емоціональних порушень, мови і праксиса настало у 18 хворих. Погіршення психічного стану, що виявилось у більш сповільненому, ніж до операції, темпі мислення і зниженні пам'яті, відзначено у одного хворого. У решти 11 осіб психічний статус залишився таким самим. Після операції до праці повернулось дев'ять осіб, відновив заняття в технікумі один хворий, домашнім господарством займається решта 20 осіб.

Із 24 хворих III групи у 19 осіб випадки стали повторюватися значно рідше, ніж до операції, змінився також характер перебігу випадків: судорожні прояви стали менш вираженими і більш короткими. У одного хворого випадки повністю припинились, у решти чотирьох частота їх залишалась без змін. Поліпшення пам'яті відзначено

у шести хворих. У 11 хворих настало значне поліпшення в емоціональній сфері — майже зникли дисфорії. Уповільнений темп мислення, утруднення інтелектуальних процесів, зниження пам'яті більш виражені, ніж у доопераційний період і відзначені у шести хворих. Приступили до роботи на виробництві чотири особи, решта знаходиться вдома.

Висновки

1. Аналіз клініко-психопатологічних картин при епілепсії свідчить про те, що їх вираження перебуває в прямій залежності від тяжкості перебігу і давності захворювання.

2. Після операції з приводу вогнищевої епілепсії, поліпшення в психічному стані відзначено у половини хворих з легкою і середньою тяжкістю захворювання (лише шість чоловік зараховано до III групи), функціональною цілісністю клітин головного мозку, здатністю до мобілізації їх компенсаторних можливостей, де видалення чи зруйнування епілептогенного вогнища привело до припинення чи зменшення та зміни характеру випадків.

Аналіз випадків без змін і з погіршенням в інтелектуально-мнестичній сфері (незважаючи на зменшення кількості випадків і зміну їх структури) свідчить про глибокі дезінтегративні процеси, значне органічне ураження головного мозку в доопераційному періоді.

3. Чітка залежність вираження клініко-психопатологічних картин та ефекту оперативного втручання від тяжкості і давності захворювання може свідчити про домінуючу роль випадків у розвитку змін особи, що властиво хворим на епілепсію.

4. У хворих на скроневу епілепсію ми виявили ряд чітких нейропсихологічних синдромів, що відповідають тій чи іншій локалізації процесу. Виявлені порушення підтверджують дані про локалізацію епілептичного вогнища, зареєстровані в клініці.

Зміни, встановлені при нейропсихологічному дослідженні, також залежать від тяжкості перебігу захворювання: у хворих I групи епілептогенне вогнище виявляється переважно електроенцефалографічно, в II і III групах у визначенні осередку значна роль належить нейропсихологічному методу.

5. Одержані дані підтверджують необхідність більш раннього і більш радикального оперативного втручання при епілепсії.

Література

1. Зейгарник Б. В.—В сб.: Вопросы экспер. патопсихологии, М., 1965.
2. Земская А. Г.—В сб.: Матер. V Всес. съезда невропатол. и психiatr., М., 1969.
3. Коновалов Ю. В.—В сб.: I сессия нейрохирург. совета, Л., 1937.
4. Лурія А. Р.—Высшие корковые функции человека, М., 1969.
5. Расин С. Д.—Клиника и лечение эпилепсии, К., 1968.
6. Ромоданов А. П., Расин С. Д., Рябokonь Н. С., Божек В. П.—В сб.: Матер. V Всес. съезда невропатол. и психiatr., М., 1969.
7. Рубинштейн С. Я.—Экспер. методики патопсихологии, М., 1970.
8. Сигуа О. А.—Клиника и лечение эпилепсии, К., 1968.
9. Стемпень Л., Бидзински Е., Бача Т.—Височная эпилепсия и ее хирургическое лечение, К., 1970.
10. Угрюмов В. М.—Вопросы нейрохирургии, 1968, 4, 9.
11. Угрюмов В. М., Лубенский Е. Г., Калинин С. С., Качаев В. Л., Дубикайтис В. В.—Диагностика и хирургическое лечение травматической эпилепсии, Л., 1967.
12. Шапиро Л. С.—Эпилепсия, Омск, 1967, 5.
13. Шефер Д. Г.—В сб.: Матер. I конфер. невропатол. Закавказ. республик, Баку, 1967.
14. Пенфилд В.—Вопросы нейрохирургии, 1956, 1, 3.

Надійшла до редакції
21.V 1971 р.

ЗМІНА РОЗМІРІВ НЕ В ДИНА НА ЗАГАЛЬНЕ

З. Я. Ткач

Сектор молекулярної
і в

Відомо, що іонізуюча нованості біохімічних про

Одним з морфологічних процесів у клітині є її роння до об'єму цитоплазми

Для тканин кожного коливаться в певних млення організму [1—3, 2 різко змінюються [4—5, 1

Оскільки шлунково-ки в реакцію на опроміненн стежити в сплетеннях шлу мо-ядерні відношення в нувши при цьому увагу і ладів.

Досліди проведені на д тварин одноразово тотально оп вляли в різні строки після о використано 26 тварин.

Гістологічні препарати за менти імпрегнували солями ср бували за Шпільмейером.

На площинних зрізах у в мікрометра у світловому мікро перечного діаметрів нервових

У кожній тварини вимірн в одиницях окуляр-мікрометра.

Беручи до уваги багатов ченні їх товщини, ми гадали, з меншими похибками при об

Площу клітин та ядер велика напіввісь еліпса b — мал

Площу цитоплазми обчис Для того щоб цифрові дані цитоплазми до площі ядра.

При вивченні експері вові структури шлунка д мінення.

Так, через 1 год після клітин та їх ядер показа Клітини рівномірно змени ним діаметром. Відношен (див. таблицю). У зв'язку

7. Фізіологічний журнал № 3