

Гафуров Ш.Б.

Характеристика судорожного синдрома и когнитивных нарушений у больных с опухолями головного мозга

Ташкентский институт усовершенствования врачей, кафедра нейрореабилитации, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Gafurov Sh.B.

Characteristics of seizures and cognitive impairment in patients with brain tumors

Резюме

Проведено обследование 155 больных, страдающих полушарными новообразованиями головного мозга, сочетанными с судорожным синдромом. Был проведен анализ и дана оценка различных типов эпилептических припадков у данной категории больных. Нейропсихологическое исследование больных, с использованием стандартизированных тестов на экспрессивную и импрессивную речь и Монреальской шкалы когнитивных функций выявило различные виды расстройств высших психических функций.

Ключевые слова: опухоли головного мозга, судорожные припадки, когнитивные расстройства, психологические тесты

Summary

The examination of 155 patients with hemispheric brain tumors, concomitant with seizures was held. We analyzed and evaluated different types of seizures in this group of patients. Neuropsychological study of patients using standardized tests on expressive and impressive speech and Montreal scale cognitive functions identifies the various disorders of higher mental functions.

Keywords: brain tumor, seizures, cognitive disorders, psychological tests

Введение

Когнитивные и психические нарушения при опухолях головного мозга, по данным литературы, отмечаются у 15-100% больных [4, 5, 10]. Они могут быть первым и единственным признаком заболевания у 15-20% больных с опухолями [2, 8].

Подробное описание психических нарушений при опухолевом поражении головного мозга встречается лишь у психиатров, которые непосредственно работали с нейрохирургическими больными в нейрохирургических стационарах [3, 4, 8]. У психиатров общей практики практически нет такой возможности. Между тем, недостаток знаний о зависимости психических нарушений от локальной патологии головного мозга приводит к тому, что 3-10% больных с внутримозговыми опухолями лечатся первоначально в психиатрических стационарах [4, 9, 11, 12].

Описание нарушений психики при опухолях мозга встречается также у неврологов, нейропсихологов и нейрохирургов. Но в их работах отмечаются либо наиболее грубые расстройства психики (которые невозможно не заметить), либо лишь отдельные психопатологические симптомы. При этом они часто игнорируют невыражен-

ные мнестические и эмоциональные расстройства, невротическую симптоматику, эпилептические приступы в виде психосенсорных феноменов (обонятельные и зрительные галлюцинации, состояния «уже виденного»), искажения восприятия пространства и собственного тела, аффективные пароксизмы и т.п.).

Проведенный анализ литературы показал, что встречаемость психопатологической симптоматики при опухолях головного мозга достаточно высока и разнообразна. Однако большая часть исследований на эту тему была проведена в то время, когда не было современных возможностей точной прижизненной (нейровизуализационной и гистологической) диагностики опухоли. Практически нет единого мнения о частоте встречаемости и структуре когнитивных нарушений при опухолях головного мозга, их зависимости от гистологии опухоли и возраста больных. Имеющийся материал представлен либо общими данными, либо единичными клиническими наблюдениями и редко прослеживается в динамике до и после удаления опухоли.

Цель исследования: изучение когнитивных нарушений у больных с полушарными опухолями головного мозга.

Материалы и методы

В Республиканском научном центре нейрохирургии проведен анализ когнитивных нарушений у 155 пациентов с опухолями полушарий головного мозга, страдающих судорожным синдромом, обратившихся в консультативную поликлинику и прооперированных в отделениях нейроонкологии и эндоскопической нейрохирургии за период с 2011 по 2013 гг.

В обследованной группе было 69 женщин и 86 мужчин в возрасте от 17 до 67 лет (в среднем $47 \pm 1,5$ года).

Поражение левого полушария головного мозга выявлено у 81 пациента (52%), правого - у 74 (48%).

Все пациенты были обследованы с применением современных методов нейровизуализации (КТ, МРТ), с оценкой клинических, нейроофтальмологических и нейрофизиологических данных.

Основным методом исследования было нейропсихологическое обследование. Все больные прошли комплексное нейропсихологическое обследование, которое включало в себя Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций, а также методику оценки динамики речи (по Л.С.Цветковой, 1981г). Исследования были направлены на исследование основных когнитивных сфер:гнозиса, праксиса, памяти, мышления, регуляторных функций, экспрессивной и импрессивной речи, а также нейродинамических параметров выполнения заданий.

Учитывались объективные сведения со слов родственников пациента и медицинского персонала. В беседе с родственниками выяснялся анамнез болезни, преморбидные особенности больного, динамика развития болезни. В беседе с больным оценивалось понимание обращенной речи, владение собственной речью. При подозрении на наличие речевых нарушений уточнялась степень их выраженности. При грубых речевых расстройствах с резким ограничением или отсутствием вербального контакта было практически невозможно собрать анамнез, жалобы и выяснить степень ориентировки больного и т.д. В таких случаях состояние оценивалось по особенностям поведения, мимики, жестикуляции и т.п.

Если же пациент был доступен контакту, то выяснялись жалобы, ориентировка в месте, времени и собственной личности. Обращалось внимание на двигательную активность больного, целенаправленность поведения, внимание. Оценивалась способность к суждениям, умозаключениям, переключению. Состояние памяти уточнялось в беседе при сборе анамнеза, при расспросе о текущих событиях, в пробах на вербальную и зрительную память.

Подробно собирался анамнез судорожного синдрома (начало, структура и частота приступов, влияние противосудорожной терапии).

Идентификация эпилептических приступов проводилась в соответствии с международной классификацией эпилептических приступов и эпилепсии (г.Киото, 1981), по которой к психическим приступам отнесены простые парциальные приступы с соматосенсорными или специальными сенсорными симптомами (соматосенсорные,

зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и головкружения), а также группа простых парциальных приступов с психическими симптомами (дисфазия, дисмнезия, когнитивные и аффективные расстройства, иллюзии и сложные галлюцинации). Другие психопатологические феномены, протекающие на фоне измененного состояния сознания, в том числе психомоторные и сумеречные состояния сознания, согласно указанной классификации относятся к сложным парциальным приступам.

Дополнительно, всем больным проводилось электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование на 19-канальном энцефалографе («Oxford Medelek», Англия). Электроды располагали по международной схеме 10-20%; в качестве референтных использовались электроды на мочках ушей.

Результаты и обсуждение

Первым симптомом заболевания у 94 больных (61%) являлись эпилептические приступы и только у 12 больных (8%) - психические нарушения. При обращении в консультативную поликлинику и поступлении в стационар отмечались так же объективная и субъективная неврологическая симптоматика. Дебютная симптоматика опухолей головного мозга в виде судорожного синдрома по типу приступов представлена в таблице 1.

Генерализованные судорожные приступы в общей сложности выявлены у 80 больных (52%), преимущественно это были вторично-генерализованные судорожные приступы.

Простые парциальные приступы выявлены у 104 больных (67%). Сопровождались различными фокальными симптомами: моторными, соматосенсорными или специальными сенсорными (простые галлюцинации), вегетативными и психическими.

Сложные парциальные приступы выявлены у 23 (15%) больных. Приступы характеризовались полным либо частичным нарушением сознания и наличием автоматизмов в виде элементарных действий в виде жевания, глотания, причмокивания, облизывания, а также более сложных автоматизированных действий, носящие характер привычных двигательных стереотипий. После окончания приступа отмечалось, как правило, спутанность и дезориентация, амнезия на период приступа.

Определенное внимание в работе было уделено эпилептическим приступам, в структуре которых были психопатологические проявления. В нашем исследовании среди пациентов с приступами они отмечались у 63 (41%) больных. Согласно классификации (Киото, 1981) к данному типу приступов относятся: дисфазические, дисмнестические, когнитивные, аффективные, иллюзорные и галлюцинаторные приступы.

Количество больных с дисмнестическими приступами, в нашем наблюдении составило 18 (28%) и характеризовалось феноменами «дежа вю» и «жамэ вю». Данное состояние могло быть мгновенным и в основном сочеталось с другими видами приступов.

Галлюцинаторные приступы встречались у 6 человек (9%), при этом характеризовался как простой

Таблица 1. Распределение типов припадков нейроонкологических больных

Виды приступов	Число больных (%)
Простые парциальные	59 (38%)
Сложные парциальные	8 (5%)
Генерализованные судорожные	39 (25%)
Простые парциальные + сложные парциальные	8 (5%)
Простые парциальные + генерализованные судорожные	34 (22%)
Сложные парциальные + генерализованные судорожные	4 (3%)
Простые парциальные + сложные парциальные + генерализованные судорожные	3 (2%)
Всего	155 (100%)

Таблица 2. Распределение больных по частоте припадков.

Частота приступов	Число больных (%)
Однократно	13 (8%)
1 - очень редкие (1-2 в год)	21 (14%)
2 - редкие (3-11 в год)	31 (20%)
3 - средней частоты (1-3 в месяц)	17 (11%)
4 - частые (4-14 в месяц)	41 (26%)
5 - очень частые (чаще 15 в месяц)	32 (21%)
Всего	155 (100%)

парциальный приступ. Обонятельные и вкусовые галлюцинации отмечены у 3 больных (4%). При приступах обычно отмечалось ощущение одного и того же запаха. Появлению этих галлюцинаций часто предшествовала повышенная чувствительность к запахам. Больные говорили об «обострении» восприятия запахов. То же самое касалось и вкусовых обманов. Слуховые галлюцинации выявлены у 2 больных (3%). Подобный тип приступов возникал у больных с левополушарным расположением опухоли (височная доля). Галлюцинации имели вербальный характер. Больные слышали слова и фразы. Зрительные галлюцинации наблюдались в 1 наблюдении (2%). Больной видел в момент приступа сюжеты устрашающего характера. При этом отмечалась гемианопсия.

В изученной группе с психическими припадками преобладали дисфазические приступы, они наблюдались у 26 больных (41%), у всех опухоль располагалась в левом полушарии головного мозга, чаще всего в височной доле. Дисфазические приступы составляли как самостоятельный приступ, так и сочетались с простыми моторными и сенсорными припадками. Расстройства речи могли отмечаться как до, так и после генерализованного судорожного припадков. В этом состоянии больные вдруг переставали понимать обращенную к ним речь, не могли уловить смысл слов; из-за непонимания вопросов ответы больных выглядели случайными, спутанными. В период таких приступов выявлялись также акалькулия, аграфия.

По частоте припадков в исследуемой группе преобладали пациенты с частыми приступами (4-14 раз в месяц) - 26% больных (таблица №2). Очень частые и редкие приступы были соответственно у 32% и 31% больных.

При левополушарных опухолях сочетание парциальных приступов с генерализованными преобладало над количеством аналогичных сочетаний при опухолях правого полушария головного мозга.

Среди приступов с психопатологическими феноменами только при левостороннем поражении отмечались

дисфазические припадки. Когнитивные приступы при поражении левого полушария проявлялись «отключением», «отстранением» или «остановкой» мысли, «навязчивыми» мыслями.

Галлюцинаторные слуховые приступы при поражении левого полушария отмечались чаще чем при поражении правой, и отличались тем, что носили вербальный характер по типу «искажения звуков». Часто эти приступы входили в структуру вторично-генерализованного припадков.

Приступы с нарушением сознания отмечались чаще при поражении левого полушария. Среди них преобладали приступы с амбулаторными автоматизмами и ночные приступы.

Вербальные автоматизмы выявлялись только при опухолях левого полушария.

Когнитивные нарушения в нашем исследовании отмечались у 59 (38%) человек и выражались в ухудшении основных процессов памяти (объем, удержание и воспроизведение информации), нарушением способности к познавательной деятельности.

У 36 больных отмечались сенсорные речевые нарушения (23%), встречались они только при поражении левого полушария головного мозга. У них были отмечены идеаторные расстройства, которые напрямую зависели от степени выраженности речевых нарушений, и были наиболее заметны при грубых формах сенсорной афазии (сочетались с алексией, акалькулией, аграфией). Больные не могли не только понимать обращенную речь, но и формулировать свои мысли, вследствие чего контакт с окружающими переставал быть продуктивным. Как правило, при этом развивалась депрессивная симптоматика. Так, при амнестической афазии нарушение подбора слов, снижение скорости мышления и формулировки мыслей естественно вызывали когнитивные нарушения и тяжело переживались пациентами.

Преобладающими нарушениями у пациентов с ле-

вополушарным расположением опухоли были трудности названия предметов при сохранности понимания речи, а также нарушения памяти (зрительной и слухоречевой).

Трудности названия могли носить преходящий характер (наблюдались непосредственно до или после приступов). При этом, введение подсказки обычно облегчало название предмета.

Анализ нарушений памяти показал, что преобладающее сложность были связаны с сужением объема слухоречевой и зрительной памяти.

В зрительной памяти (запоминание шести невербализуемых фигур) сужение объема отмечалось без нарастания параграфий и персевераций.

В данной группе больных также отмечались нарушения в зрительно-пространственном гнозисе и праксисе (узнавание времени по часам, рисунки стола и куба, праксис позы), а также трудности в слуховом гнозисе при распознавании простых и структурированных ритмических структур. Также усилились регуляторные сложности, проявлявшиеся в трудностях вхождения в задание, потерях программы и персеверациях при выполнении двигательных проб и серийного счета (последовательное вычитание от 100 по 7).

У данной группы пациентов можно говорить о преобладающем синдроме акустико-мнестической афазии (нарушения названия и сужение объема слухоречевой памяти) на фоне модально-неспецифическими расстройств памяти и общей замедленности психических процессов.

У пациентов с правополушарным расположением опухолей отмечалось отсутствие речевых нарушений при сохранности модально-неспецифических расстройств памяти и сложности в регуляции и контроле действий.

При этом отмечались нарушения как слухоречевого (две группы по три слова, 6 слов), так и зрительного материала. При пересказе рассказа наблюдалось увеличение числа привнесений: больные старались дополнить пересказ новыми деталями, при интерпретации сюжетных картин предлагали различные трактовки.

Речевых нарушений в данной группе не обнаружено.

У части больных также отмечались пространственные нарушения в пробах на праксис позы, зрительно-пространственный гнозис и зрительную память.

В клинической беседе у большинства больных преобладал повышенный фон настроения, элементы эмоциональной лабильности и негативизма. Для больных данной группы было характерно обилие вербальных конфабуляций в ответах, заполнение пробелов в памяти деталями и отвлеченными рассуждениями. В зрительной памяти наблюдались параграфии в виде пространственных разворотов фигур, которые не поддавались коррекции даже после дополнительных предъявлений и обращения внимания экспериментатора на допускаемые ошибки.

Сужение объема восприятия наблюдалось и в слуховом гнозисе при оценке ритмических структур.

В трактовке сюжетных картин присутствовала фрагментарность восприятия с опорой на отдельные детали

изображения, на которых затем строился ответ без соотнесения деталей и целого. Для больных была характерна облегченность суждений и дефицит обобщения.

Заключение

Частота встречаемости приступов примерно одинакова при опухолях как правого, так и левого полушария головного мозга. Но частота припадков выше при левостороннем поражении. При обеих локализациях поражения чаще встречаются простые парциальные приступы, из которых наиболее часто - психические припадки. Иллюзорные приступы достоверно чаще встречались при правостороннем поражении, как и изолированные генерализованные судорожные приступы.

Анализ нейропсихологических синдромов в зависимости от локализации опухоли позволяет говорить как о сочетаниях симптомов, характерных для всех групп, так и о специфических нарушениях, преобладавших только в одной из групп.

Для пациентов всех групп в независимости от локализации новообразования были характерны модально-неспецифические нарушения памяти. Трудности воспроизведения в равной степени касались как вербального, так и зрительного материала. Второй общей особенностью всех пациентов явились нарушения регуляции, программирования и контроля действий. Отмечались устойчивые трудности усвоения двигательной программы, переключения и отторгивания нерелевантных действий при сохранности речевого опосредствования. Описанная картина нарушений совпадает с данными, полученными другими авторами [1, 6, 7]. Несмотря на то, что расстройства памяти у больных, доступных нейропсихологическому осмотру, не достигали уровня корсаковского синдрома и лишь в отдельных случаях сопровождались дезориентировкой во времени или пространстве, они, тем не менее, носили устойчивый и выраженный характер. Вместе с тем, внутри наблюдавшегося амнестического синдрома можно выделить особенности, специфичные для больных той или иной группы. Так, для пациентов с левосторонними опухолями характерны нарушения отсроченного воспроизведения. Для больных с правосторонним очагом оказались характерны нарушения, как непосредственного, так и отсроченного воспроизведения, нарушениями порядка и привнесением лишних деталей. К расстройствам памяти у данных больных присоединялись и нарушения в восприятии ритмов и зрительно-пространственной информации.

Отличительной особенностью больных с левосторонним расположением опухоли являлось наличие речевых нарушений преимущественно в виде амнестических западений. ■

Гафуров Шухрат Бахтиярович, к.м.н., старший научный сотрудник-исследователь кафедры нейрореабилитации ТашИУВ, г.Ташкент, Республика Узбекистан. Адрес для переписки: 100084, Республика Узбекистан, г.Ташкент, ул.Арифова, д.1, кв.64. тел +99890 962 98 89; e-mail: shuhrat.1972@list.ru

Литература:

1. Буклина С.Б., Филатов Ю.М., Элиава Ш.Ш. Клинико-нейропсихологические аспекты АВМ гиппокампа. Вопросы нейрохирургии.-1998.- 4. с. 18-20
2. Голанов А.В. Глиобластомы больших полушарий головного мозга: результаты комбинированного лечения и факторы, влияющие на прогноз. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук, 1999. 44с.
3. Доброхотова Т. А. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Руководство по психиатрии под ред. А.С.Тиганова.- 1999.-Том 2. с. 195-212
4. Доброхотова Т.А. и соавт. Нейропсихиатрия. М., 2006. 304с.
5. Дягилев В.В. Неврологические и психопатологические симптомы при опухолях головного мозга. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 1986.
6. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. Москва, Academia, 2003.
7. Лурья А.Р. Нарушения памяти при глубинных поражениях мозга. Москва, Педагогика, 1976. 192с.
8. Ураков С.В., Доброхотова Т.А. Психические расстройства при опухолях головного мозга. В кн.: Очерки клинической психиатрии. Под ред. Краснова В.Н. - М., Граница, 2010. с. 183-207
9. Agazarian M.J., Chryssidis S., Davies R.P. et al. Use of routine computed tomography brain scanning of psychiatry patients. Australasian radiology, 2006. 50: 27-28.
10. Elisevich K. Epilepsy and low-grade gliomas. The practical management of low-grade primary brain tumors. 1999.-10 pt. - p. 149-169
11. Habermeyer B., Weiland M., Mager R., et al. A clinical lesson: glioblastoma multiforme masquerading as depression in a chronic alcoholic. Alcohol & alcoholism, 2008. Vol.43. u1.P.31-33,
12. Mueller C., Rufer M., Moergeli H. et al. Brain imaging in psychiatry - a study of 435 psychiatric in patients at an university clinic. Acta psychiatrica scandinavica, 2006. 114. p.91-100.