

Гафуров Ш.Б.

Особенности эпилептических приступов у пациентов с новообразованиями височной доли головного мозга

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

Gafurov Sh.B

Features of seizures in patients with tumors of the temporal lobe of the brain

Резюме

В Республиканском научном центре нейрохирургии проведено обследование и дан анализ характеристике эпилептических приступов у больных с опухолями головного мозга. Выявленная трансформация приступов в период роста опухоли позволила определить степень радикальности планируемого хирургического вмешательства.

Ключевые слова: опухоли височной доли, парциальные приступы, трансформация приступов

Summary

There was lead a survey and analysis of the characteristic of epileptic seizures in patients with brain tumors was given in the Republican Scientific Center of Neurosurgery. Revealed transformation of seizures during tumor growth allowed to determine the degree of radicalism of the planned surgery.

Keywords: tumors of the temporal lobe, partial seizures, seizures transformation

Введение

В наши дни внедрение научных разработок в области медицины и расширение технических возможностей увеличивают шанс исцеления пациентов, страдающих самыми тяжелыми болезнями. Безусловно, одним из таких заболеваний является эпилептический синдром, обусловленный опухолевым поражением мозга (1, 2).

Несмотря на постоянное развитие в области диагностики и лечения эпилепсии, у около 30% пациентов не удается достигнуть контроля над приступами и добиться адекватной социальной адаптации. Среди них большое количество пациентов страдают симптоматической эпилепсией, при которой до 80% случаев в основе заболевания лежит органическое поражение мозга (3, 4). Этиологические факторы симптоматических эпилепсий разнообразны и наиболее значимыми среди них являются: опухоли мозга, нейротравмы и нейроинфекции (2, 3).

Выявление этиологического фактора имеет большое значение при определении тактики дальнейшего ведения и лечения больных. Так, эпилептический синдром длительное время может быть единственным клиническим проявлением опухоли головного мозга (5, 6). Отсутствие настороженности к онкологическим заболеваниям головного мозга может привести к диагностическим ошибкам и запоздалому определению опухоли, что повлечет за собой несвоевременность необходимого лечения (7, 8).

Точность и относительная быстрота установления диагноза эпилепсии опухолевого генеза, резистентной к медикаментозному лечению, определение трансформации в процессе роста опухоли первичного эпилептического очага и пути распространения эпилептической активности, значительно повышают шансы благоприятного исхода при хирургическом методе лечения (9, 10). Врачи и ученые различных диагностических специальностей занимаются поиском путей решения этой непростой задачи.

Материалы и методы

Работа основана на анализе 89 клинических наблюдений пациентов с внутримозговыми опухолями височной доли. Всем пациентам проводили комплексное обследование и оперативное лечение в Республиканском научном центре нейрохирургии в период с 2010 по 2014 гг. Больные были проанализированы с учетом возраста, пола, характера и локализации процесса, повышенное внимание уделялось особенностям клинического течения заболевания.

При поступлении возраст пациентов варьировал от 18 до 67 лет, средний возраст составил $49,5 \pm 1,1$ год. Число мужчин (54 – 60,7%) преобладало над числом женщин (35 – 39,3%). Клинико-неврологическое обследование проводили всем больным по общепринятой методике. Особое внимание уделяли изучению эпилептического

синдрома, определяли предполагаемую изначальную локализацию опухоли на основании структуры первого припадков, последовательность появления новых симптомов и их устойчивость.

Характер эпилептических приступов устанавливали в соответствии с Международной классификацией припадков, принятой в Киото (ILAE, 1981). На основании структуры первых пароксизмов, припадки были разделены на 6 групп, состоящих из простых и сложных парциальных пароксизмов: 1 - висцеральные, 2 - вегетативные, 3 - аффективные, 4 - адверсивные, 5 - галлюцинации, 6 - автоматизмы жестов. Все приступы относились к простым парциальным, кроме автоматизма жестов, которые по классификации соответствуют сложным комплексным припадкам.

Соответственно перечисленным группам больные были проанализированы в течении 2-х условно выделенных периодов болезни: 1-й период включал начальные проявления заболевания (первые пароксизмы), 2-ой - дальнейшее развитие болезни (их трансформация). Структура первого эпилептического припадков позволяла определять локализацию исходного роста опухоли и первичный эпилептический очаг при эпилепсии. Трансформация эпилептических пароксизмов указывала на направление роста опухоли и распространение патологической активности на другие структуры мозга. Клиническая картина при госпитализации характеризовала предполагаемый объем поражения височной доли и сложившуюся эпилептическую систему.

В группе пациентов осуществлено удаление опухоли в - 56,3% (50 больных) тотально и 43,7% (39 больных) субтотально. По гистологической структуре отмечено преобладание глиом, из которых в 67 (75,3%) случаях диагностированы доброкачественные варианты, в 22 (24,7)-злокачественные.

Новообразования височной доли преимущественно располагались в ее медиобазальных отделах, в двух случаях опухоль распространялась на лобную долю, в одном наблюдении на теменную и у четырех больных она направлялась к подкорковым образованиям.

Длительность заболевания больных варьировала от 4 мес до 11 лет, в среднем равнялась $4,04 \pm 3,5$ лет.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина у больных, в основном, была представлена очаговой неврологической симптоматикой, преимущественно симптомами раздражения и менее выраженными очаговыми и общемозговыми нарушениями.

Первым симптомом болезни пациентов с опухолью височной доли в 82,8% случаев были эпилептические припадки, в 17,2% наблюдений - головная боль.

При неврологическом осмотре больных с опухолью височной доли наблюдались изменения поведения в виде навязчивости, медлительности, могли быть приступы негативизма в течение 30-40 минут, также замечено снижение критики и внимания.

В неврологическом статусе выявлены: симптомы со стороны среднего мозга в виде слабости конвергенции у

11 (12,4%) пациентов; симптомы со стороны моста мозга (выраженное снижение корнеальных рефлексов) — у 4 (4,5%); горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм — у 32 (35,9%); поражение VII пары ЧМН - у 18 (20,2%). Кроме того, обнаружено изменение мышечного тонуса в виде его снижения у 37(41,6%) или повышения с экстрапирамидными элементами у 21(23,6%); анизорефлексия - у 5 (5,6%); легкий гемипарез — у 22(24,7%); нарушение координации по типу динамической атаксии - у 7 (7,9%); статической атаксии - у 3 (3,4%); сенсорная афазия — у 17 (19,1%); амнестическая — у 11 (12,4%); моторная-у 3 (3,4%).

Для решения основной задачи неврологической диагностики - установление локализации опухоли по эпилептическому синдрому, подробно анализировали характер пароксизмов, которые сопровождали новообразование головного мозга. Исходный рост опухоли определяли путем анализа структуры первого припадков в каждом конкретном наблюдении.

На основании структуры первых пароксизмов, припадки были разделены на 6 групп: 1-висцеральные, 2-вегетативные, 3-аффективные, 4-адверсивные, 5- галлюцинации, 6-автоматизмы жестов. Частота встречаемости этих приступов у больных с опухолью височной доли и эпилепсией смешанной этиологии представлена в таблице 1.

Висцеральные припадки проявлялись тошнотой в 8,6% случаях. Из этого следует, что опухоль изначально локализовалась в гиппокампе. Во время операции новообразование действительно в этих случаях располагалось в гиппокампе.

В других наблюдениях первый пароксизм заключался в подъеме артериального давления или затруднения дыхания, или передвижения комка. Характер этих приступов соответствует висцеральным нарушениям. Следовательно опухоль в данных случаях также локализуется в гиппокампе. На операции у всех больных опухоль находилась в медиобазальных структурах височной доли, захватывая гиппокамп.

Вегетативные припадки в основном были представлены в виде поблдения кожных покровов и цианоза губ, что является следствием раздражения гиппокампа. Подобные пароксизмы выявлены у 24 больных.

Во всех наблюдениях, где в структуре первого припадков имелся вегетативный компонент, опухоль располагалась в медиобазальных структурах височной доли, захватывая полюс, гиппокамп, а у одного больного миндалевидный комплекс.

Аффективные пароксизмы отмечались у 19 больных. У всех больных они были связаны с раздражением гипоталамуса и выражались в появлении необъяснимого чувства страха. Исходный рост новообразования находился в медиобазальных структурах височной доли.

Во время операции, у всех этих больных была выявлена опухоль, которая захватывала полюс, миндалевидный комплекс, крючок, гиппокамп и нижний рог бокового желудочка, следовательно, подходило к гипоталамусу. При дизцефальных припадках чаще поражался полюс.

Таблица 1. Частота встречаемости приступов у больных с опухолью височной доли и эпилепсией смешанной этиологии, в зависимости от первого пароксизма.

Виды припадков	Частота встречаемости припадков
Висцеральные	27,4%
Вегетативные	20,8%
Аффективные	21,7%
Адверсивные	10,9%
Галлюцинации	6,3%
Автоматизмы Жестов	12,9%

Адверсивные припадки (10 больных) заключались в повороте головы или головы и глаз в сторону, что характерно для раздражения хвостатого ядра. Во время операции во всех наблюдениях опухоль была обнаружена в медиобазальных отделах височной доли, она уходила отрогами в белое вещество, доходила до тенториальной вырезки и кпереди к треугольнику бокового желудочка, могла доходить до переднего рога, стенкой которого является хвостатое ядро, и, следовательно, могла его раздражать.

Галлюцинации (6 больных) проявлялись ощущением неприятного запаха, то есть они были обонятельными. Следовательно, вышеуказанные пароксизмы были обусловлены поражением крючка гиппокампа. В ходе оперативного вмешательства было выявлено, что опухоль располагалась в медиобазальных структурах височной доли, в частности в гиппокампе, крючке гиппокампа, полюсе, миндалевидном комплексе.

Припадки с автоматизмами (11 больных) наблюдались в виде целенаправленных движений — жестов. В основном они обусловлены раздражением миндалевидного комплекса. Во время операции установлено, что новообразование захватывало всю височную долю, распространяясь на медиобазальные образования, а именно на гиппокамп и миндалевидный комплекс.

Изучение первых припадков показало, что во всех наблюдениях пароксизмы были обусловлены поражением медиобазальных структур височной доли. Почти у всех больных опухоль захватывала гиппокамп 64,9%. На втором месте миндалевидный комплекс — 30,1% и полюс - 30,1%. Довольно редко поражался островок - 4,3%. В тех случаях, когда опухоль располагалась в гиппокампе, она распространялась и на крючок.

Исходя из вышесказанного можно сказать, что анализ структуры первых припадков и выявление расположения опухоли дает основание говорить, что характер пароксизмов позволяет определить локализацию новообразования.

Дальнейшее течение заболевания приводит к усложнению припадков, так как опухоль захватывает новые отделы височной доли.

Направление роста новообразования имеет свои особенности. У больных с первичными висцеральными пароксизмами опухоль изначально локализуется в гиппокампе, а затем распространяется на миндалевидный комплекс. Это образование располагается вблизи гиппокампа. Анатомическая близость по — видимому имеет значение для перехода опухоли из одной структуры на рядом расположенную.

Другая область, находящаяся вблизи гиппокампа это гипоталамус. Новообразование не прорастает его, но раздражает, что клинически проявляется страхом.

Гиппокамп близко расположен к полюсу височной доли и опухоль может распространяться на него, вызывая алиментарные автоматизмы. В этом случае новообразование находится также в медиобазальных структурах височной доли.

Опухоль, локализуясь в гиппокампе, легко может вызывать раздражение хвостатого ядра, которое находится дорсально от гиппокампа, обуславливая адверсивно головы и глаз в сторону. Переход на него опухоли вполне возможен, учитывая, что новообразования были больших размеров.

В группе больных с вегетативными пароксизмами исходный рост опухоли был также в гиппокампе. В дальнейшем новообразование переходило на миндалевидный комплекс и островок. В этих наблюдениях имелись признаки раздражения гипоталамуса. Но опухоль располагалась в медиобазальных структурах височной доли.

В данной группе чаще, чем в других новообразование направлялось к 1-ой височной извилине. Возможно, это связано с тем, что оно локализовалось в островке, откуда идет связь с 1-ой височной извилиной, так как алиментарные автоматизмы имеют отношение к центру речи (моторный центр речи - зона Брока), а оттуда в к центру понимания речи (зона Вернике).

У больных с начальными аффективными припадками опухоль располагалась в полюсе височной доли. Далее она захватывала задние отделы лобной доли (зона Брока) и шла к 1-ой височной извилине и к зоне Вернике. Здесь прослеживается та же связь и та же закономерность, как и предыдущей группе. Опухоль изначально располагалась в медиобазальных структурах височной доли.

У больных с адверсивными припадками исходный рост опухоли выявлялся в миндалевидный комплекс. Она раздражала хвостатое ядро и вызывала повороты головы и/или глаз в сторону, после чего следовали автоматизмы жестов. Кроме того, новообразование направлялось к 1-ой височной извилине, вызывая автоматизмы речи. Следовательно, опухоль практически сразу захватывала миндалевидный комплекс и 1-ую височную извилину. Новообразование должно быть большим, чтоб захватывать перечисленные структуры и подойти к хвостатому ядру. Начальный рост новообразования из миндалевидного комплекса указывает, что опухоль находилась в медиобазальных структурах височной доли.

При наличии припадков с обонятельными галлюцинациями опухоль исходит из крючка гиппокампа, может распространиться и на гиппокамп. Новообразование направлялось кпереди, захватывая миндалевидный комплекс и островок. Опухоль также воздействовала на хвостатое ядро во всех наблюдениях. Она была больших размеров и занимала медиобазальные отделы височной доли.

В группе больных с автоматизмами жестов опухоль локализовалась в миндалевидном комплексе. По-видимому одновременно или очень быстро она могла захватывать и 1-ую височную извилину. Жесты имеют отношение к речи. Человек при разговоре обычно жестикулирует, соответственно эти структуры взаимосвязаны между собой. Поэтому опухоль из миндалевидного комплекса идет к 1-ой височной извилине, согласно функциональным связям. Так как миндалевидный комплекс близко расположен к хвостатому ядру, то новообразование из миндалевидного комплекса воздействует на хвостатое ядро, раздражая его. В основном при автоматизмах жестов опухоль располагалась в медиобазальных структурах височной доли, захватывая миндалевидный комплекс и гиппокамп.

Таким образом, в процессе роста новообразование практически при всех видах пароксизмов локализовалось в медиобазальных отделах височной доли.

Заключение

Тщательное обследование больных с эпилептическими, припадками, назначение в ранние сроки методов нейровизуализации имеют большое значение при определении тактики дальнейшего ведения и хирургического лечения больных. Отсутствие настороженности к онкологическим

заболеваниями головного мозга может привести к диагностическим ошибкам и запоздалому определению опухоли, что повлечет за собой несвоевременность необходимого лечения.

Изучение трансформации эпилептических припадков дает возможность определить направление роста опухоли. При висцеральных, вегетативных и галлюцинаторных пароксизмах новообразование распространяется на миндалевидный комплекс, островок, одну височную извилину и подходит к хвостатому ядру и гипоталамусу. При аффективных припадках опухоль исходит из полюса и направляется в миндалевидный комплекс; гиппокамп и область 1-й височной извилины. При автоматизмах жестов и адверсивных пароксизмах изначальный рост новообразования локализуется в миндалевидном комплексе и распространяется в гиппокамп, область 1-й височной извилины и подходит к хвостатому ядру.

Представленный способ уточнения локализации опухоли медиобазальных отделов височной доли является диагностическим признаком, позволяющим определить локализацию, глубину залегания и направление роста опухоли по наличию в приступе насильственного тонического поворота головы в сторону в зависимости от времени его возникновения и латерализации, что повышает процент радикальности оперативного вмешательства. ■

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. Белопасов В.В. Нейроонкология детского возраста В.В.Белопасов, Е.В.Горшкова, В.В.Гуськов и соавт. - Астрахань, 2002. -187с
2. Берснев В.П. Клинические особенности опухолей головного мозга с эпилептическим синдромом у детей. В.П.Берснев, А.А.Телегина, Т.С.Степанова и соавт. Поленовские чтения : Науч. тр. - СПб., 1995. - С.125-128.
3. Engel J.Jr., Brown W.J., Kuhl D.E., Phelps M.E., Mazziotta J.C., Crandall P.H. Pathological findings underlying focal temporal lobe hypometabolism in partial epilepsy. Ann Neurol 12:518-528, 1982.
4. Гвазава И.С. Топико-прогностическая ценность клинических показателей эпилептических припадков в определении внутримозговой локализации опухолей височной доли головного мозга. И. С. Гвазава. Мед. новости Грузии. - 1999. -ц 11.-С. 23-27.
5. Степаненко А.Ю. Анализ результатов хирургического лечения симптоматической эпилепсии, обусловленной новообразованиями височной доли. А.Ю.Степаненко, Н.А.Архипова, А.Ю.Лубин и соавт. Журн. вопр. нейрохир. им. Н.Н.Бурденко. - 2004. - ц 2. - С. 15-20.
6. Guthrie B.L., Laws E.R. Supratentorial low-grade gliomas. Neurosurg Clin North Am.-1990.-1. p.37-48.
7. Земская А. Г. Опухоли головного мозга астронитарного ряда. А.Е.Земская, Б.И. Лещинский. - JI.: Медицина, 1985. -213 с.
8. Любивая М.А. Продолженный рост и рецидив супратенториальных опухолей головного мозга (клиника, диагностика, хирургическое лечение, исходы). М.А.Любивая. -Н.Новгород, 1993. -213 с.
9. Голанов А.В. Глиобластомы больших полушарий головного мозга: результаты комбинированного лечения и факторы, влияющие на прогноз. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М.: - 1999. 44с.
10. Greenberg M.S. Handbook of neurosurgery. Lakeland:Greenberg graphics, 1997. 459p.