

На правах рукописи

НЕГОВОРА

Екатерина Николаевна

**ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ
ФУНКЦИЙ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ
У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ГЛИОМАМИ
С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

14.00.13 – нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации на базе Государственного учреждения здравоохранения Омской области Областной клинической больницы.

Научный руководитель

доктор медицинских наук, доцент

Рождественский Алексей Сергеевич

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук

кандидат медицинских наук

Шершевер Александр Сергеевич

Волкова Лариса Ивановна

Ведущая организация

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится « 26 » февраля 2009 г. в «__» часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.03, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2009 г.

Ученый секретарь совета

по защите докторских диссертаций

доктор медицинских наук, профессор

Базарный В.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Актуальность изучения глиом головного мозга определяется значительной долей нейроэктодермальных новообразований в структуре заболеваемости, что непосредственно связано с социально-экономическими потерями общества от временной и стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смертности населения. Так, ежегодно регистрируется от 4,6 до 14 на 100 000 населения случаев опухолей головного мозга (Корнянский Г.П., 1961; Коновалов А.Н. с соавт., 2006). Из них на долю глиом приходится в среднем 50,4% (Качков И.А. с соавт., 2005). В большом числе наблюдений отмечается смешанная локализация глиом, которые редко могут быть удалены радикально, учитывая функциональную значимость прилежащих участков мозга (Кравченко Е.Г., 2006; Коновалов А.Н. с соавт., 2006; Iwanami A. e.a., 1997). Тактика, позволяющая сохранить высокое качество жизни таких пациентов с максимально благоприятным прогнозом на ближайшие годы, до сих пор обсуждаема.

Исходя из исключительной тяжести заболевания, проблема глиом вызывает у специалистов оправданное суждение о малой перспективности лечения и практически не содержит ставших традиционными восстановительных и реабилитационных новаций, направленных на смягчение вызванных опухолью мозга последствий – дезадаптации медико-биологического и социального статуса (Савченко А.Ю., 1997).

Пациента с опухолью головного мозга следует рассматривать как человека, находящегося в серьёзной стрессовой ситуации. Одно из наиболее инвалидизирующих клинических проявлений глиом головного мозга – нарушение высших корковых функций, а также изменения в психической сфере. Как правило, данной симптоматике уделяется недостаточное внимание как при диагностике заболевания, так и при

оценке эффективности лечения. Недостаточно изучено, какие личностные изменения характерны для дебюта глиом, существуют ли особенности данных изменений от локализации процесса, от метода лечения, не ясна прогностическая ценность нарушений когнитивных функций, психических расстройств и изменений личностных характеристик больных. Разнообразие личностных и когнитивных нарушений, а также возможные подходы к их коррекции обуславливают актуальность проблемы исследования нейропсихологических и личностных расстройств у больных глиомами, особенностей их социально-психологической адаптации для дальнейшей разработки психотерапевтической коррекции этих нарушений и повышения качества жизни пациентов.

Цель работы

Изучить закономерности развития нарушений высших корковых функций и личностных расстройств у больных церебральными глиомами с учетом локализации процесса и функциональной асимметрии мозга.

Задачи исследования

1. Выявить клинико-неврологические особенности у больных церебральными глиомами на диагностическом этапе с учетом функциональной асимметрии мозга.
2. Изучить изменения высших корковых функций у больных глиомами головного мозга в зависимости от локализации процесса.
3. По результатам комплексного обследования оценить динамику личностного профиля больных в послеоперационном периоде церебральных глиом.

4. Выделить особенности социально-психологической адаптации пациентов в результате хирургического лечения глиом с учетом функциональной асимметрии мозга.

Научная новизна

Впервые выявлены клиничко-неврологические особенности у больных церебральными глиомами на диагностическом этапе с учетом функциональной асимметрии мозга.

Впервые изучены изменения высших корковых функций больных глиомами головного мозга в зависимости от локализации процесса с учетом функциональной асимметрии мозга.

Впервые осуществлено комплексное клиничко-психологическое исследование с применением экспериментально-психологических методик больных церебральными глиомами. Установлено, что личностные и когнитивные нарушения являются важными ранними проявлениями нейроэктодермальных опухолей. Выделены особенности социально-психологической адаптации в процессе лечения церебральных глиом.

Практическая значимость

Показана роль нарушения высших корковых функций и личностных расстройств как одних из важных синдромов глиом в диагностике заболевания. Благодаря исследованию особенностей социально-психологической адаптации при нейроэктодермальных опухолях расширены возможности диагностики и разработки психотерапевтической коррекции данных больных. Предложено использование конкретных психологических методик в диагностике функционального состояния нервной системы у больных глиомами.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Нарушения высших корковых функций и личностные расстройства являются одними из важных синдромов церебральных глиом и выявляются уже в дебюте заболевания.

2. Нарушения высших корковых функций и личностные расстройства зависят от латерализации глиомы, функциональной асимметрии головного мозга.

3. Основное участие в процессах социально-психологической адаптации принимают доминантное полушарие за счет активного, осознанного преодоления больными трудностей и срединные структуры – путем ухода в болезнь.

4. Одним из важных прогностических признаков в плане адаптации является достаточная сохранность эмоциональных и личностных качеств.

Внедрение в практику

Результаты проведенных исследований используются в учебном процессе на кафедре неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской генетики Омской государственной медицинской академии, внедрены в практическую работу отделения нейрохирургии Омской областной клинической больницы.

Апробация работы

Апробация работы состоялась на расширенном заседании кафедры неврологии и нейрохирургии ОмГМА 12 сентября 2008 года, на проблемной научной комиссии по неврологии и нейрохирургии при ГОУ ВПО УГМА Росздрава 25 ноября 2008 года. Материалы диссертации были представлены на Всероссийской научно-практической конференции «VII Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2008).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 работ, из них 1 в изданиях, рекомендованных ВАК Рособразования.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя. Работа изложена на 148 страницах машинописного текста, иллюстрирована 37 рисунками, 23 таблицами. Библиографический указатель включает 250 источников, в том числе отечественных – 138, зарубежных – 112.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В основу настоящей работы положены результаты комплексного обследования 61 больного, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в нейрохирургическом отделении Омской Областной Клинической Больницы с 2006 по 2008 год. В основную группу входили лица мужского и женского пола с глиомами головного мозга (диагноз подтверждён гистологически), в возрасте от 15 лет при отсутствии других церебральных заболеваний, вызывающих нарушения высших корковых функций. Среди больных было 31 мужчина и 30 женщин в возрасте 16-67 лет (средний возраст $42,3 \pm 1,72$). Контрольная группа состояла из 30 здоровых лиц в возрасте 21-54 лет.

В соответствии с задачами нашего исследования проводился сравнительный анализ нарушений высших корковых функций и личностных расстройств в динамике, как в процессе лечения (в дооперационном и раннем послеоперационном периоде), так и в ходе дальнейшего диспансерного наблюдения в зависимости от отношения

новообразования к срединным структурам головного мозга с учетом его функциональной асимметрии.

Учитывая неравенство функций гемисфер в обеспечении целостной психики, у каждого пациента определяли доминантное полушарие. Все обследованные были подразделены на три группы в зависимости от локализации процесса. В первую группу вошли пациенты с расположением глиом в доминантном полушарии (ДП) мозга (50,82%, n=31), во вторую – в недоминантном (НП) (31,15%, n=19). Третья группа со срединным расположением опухолей (СС) включала больных с глиомами желудочковой системы, структур межочного, среднего и заднего мозга, замозья (18,03%, n=11).

Оценка клинического статуса на различных этапах у больных церебральными глиомами проводилась по общепринятой схеме. Субъективные и объективные признаки синдрома вегетативной дистонии выявлялись по вопроснику, разработанному Центром вегетативной патологии (Вейн А.М., 2000).

Все больные подвергнуты клинико-генеалогическому исследованию. Составлялись родословные таблицы и легенды к ним.

Патопсихологическое исследование включало изучение:

- переключения и распределения внимания с помощью черно-красной таблицы Платонова-Шульте;
- кратковременной и долговременной памяти путем запоминания 10 слов по А.Р. Лурии;
- обобщения с помощью методики «Третий лишний» (Рубинштейн С.С., 2006);
- понятийного мышления с помощью методики «Пересказ».

Нейропсихологическое исследование состояло из оценки речи, праксиса и гнозиса.

Исследование личности включало интервьюирование пациентов и экспериментально-психологические методики. Противопоказаниями для применения вопросников у больных являлись акустико-гностические и акустико-мнестические расстройства, семантическая и сенсорная афазия. При оценке личности больного пользовались экспресс-диагностикой с помощью коротких и информативных методик:

- основной тип реагирования, индивидуально-личностные особенности и уровень адаптированности обследуемых определялись с помощью теста СМОЛ, представляющего собой сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня MMPI, адаптированного Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым (1994);
- для выявления тревожности как состояния (реактивной тревоги) и как свойства личности (личностной тревоги) применялась шкала тревожности Спилбергера–Ханина (1978);
- уровневые характеристики показателей экстраверсии-интроверсии и нейротизма и тип темперамента исследовались с помощью построения двухфакторной модели экстравертированности и нейротизма по тест-опроснику Г. Айзенка (Поздняков С.И., 2004);
- диагностика агрессии и враждебности проводилась по тесту Баса-Дарки;
- для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения использовался опросник "САН".

Среди нейроручевых методов применялись МРТ, КТ, МРА.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием статистических функций в Microsoft Excel 2002 и пакета прикладных программ STATISTICA 6,0 (С. Гланц с соавт., 1994; Реброва О.Ю., 2002; Боровиков В.В., 2003; Зайцев, В.М., 2003; Гудинова Ж.В., 2005). В процессе анализа широко применялись методы сравнения данных и оценки значимости различий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-неврологический статус больных церебральными глиомами

В структуре заболеваемости доминировали опухоли астроцитарного ряда (астроцитомы в 57,38% случаев). В 81,97% случаев глиомы располагались супратенториально. Они локализовались в височной (18,03%), теменной (9,84%), лобной (8,2%), затылочной (4,92%) долях. Желудочковая система вовлекалась в 11,47%. Мозолистое тело – в 6,55%. В 40,98% опухоли захватывали две и более долей в пределах одного полушария. Чаще поражались лобная и теменная (8,2%), теменная и затылочная (4,92%, n=3), лобная и височная доли (4,92%).

Клиническая картина включала в себя преимущественно общемозговые и очаговые синдромы, выраженность и характер которых определялись функциональной ролью зоны поражения (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости основных неврологических симптомов у
больных церебральными глиомами

симптомы	Количество наблюдений, n	Частота встречаемости, %
1. головная боль	29	47,54
➤ постоянная	24	82,76
➤ периодическая	5	17,24
➤ диффузная	18	62,07
➤ локализованная	11	37,93
2. головокружение	26	42,6
3. диплопия	2	3,28
4. шум, звон в ушах	30	49,2
5. снижение обоняния	3	4,92
6. снижение остроты зрения	18	29,5
7. нарушение речи		
➤ дизартрия	3	4,92
➤ афазия	9	14,75
8. парез	10	16,39
9. общая слабость	47	77,05
10. нарушение сна	28	45,91
11. плаксивость	7	11,5

12. снижение памяти (субъективное)	30	49,18
13. менингеальные знаки	3	4,92
14. галлюцинации	21	34,42
15. эпилептические приступы	39	63,9
16. снижение внимания	32	53,46

Наиболее рано диагностировались опухоли срединных структур головного мозга, что связано с блокадой ликворных путей и быстрым прогрессированием внутричерепной гипертензии.

Более эпилептогенными являлись глиомы доминантного полушария (56,4%, n=22), в 86,4% случаев наблюдались судорожные приступы. Для них был характерен более короткий период от первых проявлений заболевания до операции, поскольку эпилептический приступ являлся основной причиной обращения за медицинской помощью.

Временной интервал 6 лет и более имели больные с глиомами преимущественно в недоминантном полушарии (75%, n=9) чаще с вовлечением лобно-теменной области (44,4%, n=4). Как правило, для данных больных была характерна эйфория, анозогнозия, более латентное течение (75%), что удлиняло догоспитальный этап.

Одним из наиболее ранних общемозговых симптомов являлась головная боль (в 47,5%, n=29). Со временем она возникала в большинстве случаев (91,8%, n=56). В 34,48% (n=10) сопровождалась тошнотой, в 7% (n=2) – рвотой. Менингеальные симптомы в виде ригидности затылочных мышц отмечались у 4,92% больных (n=3). Головокружение преимущественно несистемного характера появлялось со временем у 42,6% пациентов (n=26). Застойные диски зрительных нервов наблюдались в 32,79% случаев (n=20), расширение вен – в 18,03% (n=11), атрофия зрительных нервов – в 4,9% (n=3). В 44,26% случаев (n=27) изменений на глазном дне выявлены не были.

В 63,9% случаев (n=39) первым проявлением заболевания явился эписиндром. Фокальные моторные приступы встречались в 18,03% (n=7),

припадки джексоновского типа – в 4,92% (n=2), абсансы – в 4,92% (n=2), генерализованный судорожный приступ у 31,15% больных (n=12). Наиболее часто эпилепсии регистрировались при лобной (30,76%, n=12), теменной (23,1%, n=9) и височной (20,5%, n=8) локализациях глиом. Генерализованные судорожные припадки чаще имели место при расположении глиом в лобных долях (20,5%, n=8). Среди пароксизмальных психических нарушений, составляющих содержание эпилептических приступов, часто встречались галлюцинации (в 34,42%, n=21).

Состояние дереализации отмечали 13,11% больных (n=8) (во всех наблюдениях в процесс была вовлечена височная доля). Из них Déjà vu – уже виденное, пережитое – 75% (n=6). У 9,52% (n=2) наблюдалось ощущение изменённости (незнакомости) окружающего мира. Во всех случаях была поражена правая височная доля (при доминировании левого полушария).

Слабость в конечностях отмечали у себя 6,56% больных (n=4). При объективном осмотре двигательный дефицит в виде гемипареза был выявлен у 16,39% (n=10).

Среди черепных нервов чаще вовлекались в процесс VII и XII пары.

Речевые нарушения наблюдались в виде элементов сенсорной и моторной афазии у 14,75% пациентов (n=9). Амнестическая афазия выявлена у 4,92% (n=3). Кратковременное расстройство речи как самостоятельный приступ отмечалось у 4,92% больных (n=3). Чаще отмечались пароксизмальные нарушения речи до или после судорожного приступа.

Оптико-пространственная агнозия выявлена у 29,51% (n=18). Ошибки наблюдались как при поражении правого полушария головного мозга (33,3%, n=6), так и левого (38,9%, n=7), особенно теменной зоны, при поражении срединных структур (27,8%, n=5).

Среди слуховых нарушений в 13,1% случаев (n=8) встречались аритмии.

Конструктивная агнозия отмечалась у 3,3% больных (n=2), кинетическая (двигательные персеверации) у 6,56% (n=4) при поражении нижних отделов премоторной коры, регуляторная в виде системных персевераций у 6,56% (n=4) при поражении доминантного полушария.

Явления синдрома вегетативной дистонии имели место у каждого больного. Суммарные показатели по субъективной (37,16±10,61) и объективной (37,04±8,73) вегетативным шкалам статистически значимо превышали соответствующий уровень здоровых лиц (15 и 25 баллов) (при использовании критерия Манна-Уитни $p=0,0001$). Развитие выраженной вегетативной дисфункции отражало нарушения адаптивной приспособительной деятельности организма, проявляющиеся уже на ранних стадиях.

Расстройства сна, как один из ранних симптомов, отметили у себя 31,14% обследуемых (n=19) (табл. 2).

Таблица 2

Основные расстройства сна при церебральных глиомах в зависимости от функциональной асимметрии мозга

	Локализация глиом				В целом по заболеванию	
	ДП		НП			
	n	%	n	%	n	%
Кошмары	–	–	6	31,57	6	9,84
Исчезновение снов	5	16,13	–	–	5	8,2
Прерывистый сон	6	19,35	2	10,53	8	13,11
Итого	11	35,48	8	42,11	19	31,14

При клинико-генеалогическом исследовании было выявлено, что в 70,49% случаев (n=43) глиомы встречались в виде спорадических форм. У 29,51% больных (n=18) в роду отмечались онкологические заболевания, в 4,92% случаев (n=3) – церебральные опухоли.

Более важную роль среди пусковых механизмов играли психо-эмоциональные стрессоры (кончина близкого, развод, экзамены, конфликты в семье и на работе) (62,3%, n=38), ЧМТ (42,6%, n=26), воспалительные и инфекционные заболевания (29,5%, n=18).

Клинико-психологический статус больных церебральными глиомами

Изучение самооценки состояния здоровья выявило более выраженную анозогнозию у больных с глиомами НП (табл. 3, 4). Практически все обследуемые отметили некоторые проблемы в нормальной социальной активности в семье, с друзьями, в коллективе из-за изменения их физического здоровья и эмоционального состояния.

Таблица 3

Самооценка здоровья больными глиомами по сравнению с годом назад

	Локализация глиом			
	ДП		НП	
	n	%	n	%
«Такое же»	13	41,93	10	52,63
«Немного похуже»	10	32,26	8	42,11
«Намного хуже»	8	25,81	1	5,26

Таблица 4

Прогноз своего состояния здоровья больными глиомами

	Локализация глиом			
	ДП		НП	
	n	%	n	%
«Не изменится»	11	35,71	16	84,21
«Ухудшится»	9	28,57	—	—
«Не знаю»	11	35,71	3	15,79

Оценка уровня ЛТ показала, что каждый пациент (100%, n=61) имел тревогу определенной выраженности. В целом по заболеванию уровень ЛТ на первом этапе (предоперационном периоде при первичном выявлении глиомы) составил $48,31 \pm 10,11$ баллов, на втором (промежуточном периоде) – $49,18 \pm 9,85$, соответствуя в обоих случаях высокому (табл. 5).

Показатели ЛТ у больных с поражением лобных и височных долей превышали данные показатели у больных с глиомами теменных долей ($p=0,0016$) (табл. 6). Это свидетельствует о более выраженной связи с эмоциональными расстройствами передних отделов головного мозга.

Таблица 5

Статистические показатели тревоги у больных церебральными глиомами в зависимости от локализации процесса и стадии заболевания

Локализация	Личностная тревога		Реактивная тревога	
	I	II	I	II
СС	48,91±2,61	48,00±4,01	31,86±2,53	44,36±4,08 [^]
НП	44,00±3,14	46,00±2,40	28,31±1,38*	39,00±3,10
ДП	47,83±3,78	43,00±4,08	37,42±1,92	44,36±4,08

Примечание: * - различия статистически значимы в сравнении с доминантным полушарием при $p<0,05$, Критерий Краскела-Уоллиса;

[^] - различия статистически значимы в сравнении с этапами заболевания при $p=0,001$

Таблица 6

Значение ЛТ и РТ у больных церебральными глиомами в зависимости от долевой локализации (M±m)

тревога	Лобная доля	Височная доля	Теменная доля
Личностная	48±2,12*	47,7±3,53*	42,1±3,52
Реактивная	36,33±5,62	31,7±0,71	37,3±8,48

Примечание: * – различия статистически значимы в сравнении с показателями у больных с глиомами теменных долей при $p=0,0016$

Низкая степень РТ была более свойственна больным с поражением НП, чем ДП (54,84% (n=17) и 26,3% (n=5) соответственно, $p=0,002$). Это свидетельствует о более стабильных эмоциональных изменениях со сдвигом настроения в негативную сторону при поражениях ДП (на фоне высокой ЛТ наблюдались и более высокие показатели РТ) и об

аффективной неустойчивости со сдвигом настроения в позитивную сторону при глиомах НП.

Наименьший уровень РТ наблюдался при поражении височной доли по сравнению с лобной ($p=0,044$). Статистически значимо более низкая РТ выявлена при вовлечении в процесс правой височной доли по сравнению с левой ($p=0,001$). Это свидетельствует о ярких пароксизмальных аффектах при височных правополушарных глиомах и стёртости эмоций при лобных.

На фоне лечения отмечалась тенденция к снижению ЛТ при поражении ДП и СС, что свидетельствует о некоторой психической адаптации пациентов с глиомами данной локализации, и возрастание РТ, статистически значимое при глиомах СС ($p=0,001$).

Анализ результатов тестирования на проявление враждебности и агрессии в дебюте заболевания показал, что при поражении ДП дефицит уверенности проявляется преимущественно в виде чрезмерного развития вербальной агрессии, что затрудняет сотрудничество, провоцирует конфликты. При поражении НП наблюдается снижение психологических свойств личности, прежде всего негативизма, общей подозрительности, обиды, а также выраженное самообвинение. У них отмечается неуверенное поведение в пассивно-агрессивной форме. При вовлечении СС головного мозга показатели косвенной агрессии, раздражения, обиды и чувства вины были статистически значимо выше соответствующих, которые получены при полушарной (долевой) локализации глиом ($p<0,05$).

Большинство полученных результатов (75,41%, $n=46$) статистически значимы. Сомнительные результаты составили 24,59% ($n=15$), причем 18,03% ($n=11$) наблюдались при локализации опухоли в НП и 6,56% ($n=4$) – в ДП. Это не исключает ориентированности ответчиков на социальное одобрение.

Таблица 7

Показатели свойств темперамента в зависимости от локализации

церебральных глиом (M±m)

Показатели свойств темперамента	НП	ДП	СС
Экстраверсия	11,51±2,12	10,47±1,41	9,83±0,21
Нейротизм	12,14±0,73	12,87±2,83	14,2±1,6

Во всех группах преобладали интроверты. Это свидетельствует о той или иной степени погружения в болезнь. Статистически значимая интроверсия была более свойственна больным с глиомами ДП и СС ($p < 0,001$) (табл.7).

Более эмоционально устойчивый тип личности наблюдался у больных с глиомами НП. В этой группе чаще встречались флегматики (42,1%, $n=8$) и холерики (26,3%, $n=5$). Среди обследуемых с глиомами ДП и СС преобладали меланхолики (45,16%, $n=14$ и 54,5%, $n=6$ соответственно).

Среднегрупповой профиль личности больных приведен на рис. 1.

Соотношение шкал достоверности профиля (относительное повышение шкалы F по сравнению со шкалами L и K) выявило адекватную и достаточно откровенную реакцию на тестирование. На I этапе более низко располагался профиль больных с глиомами НП, что свидетельствует о большей их психологической компенсации.

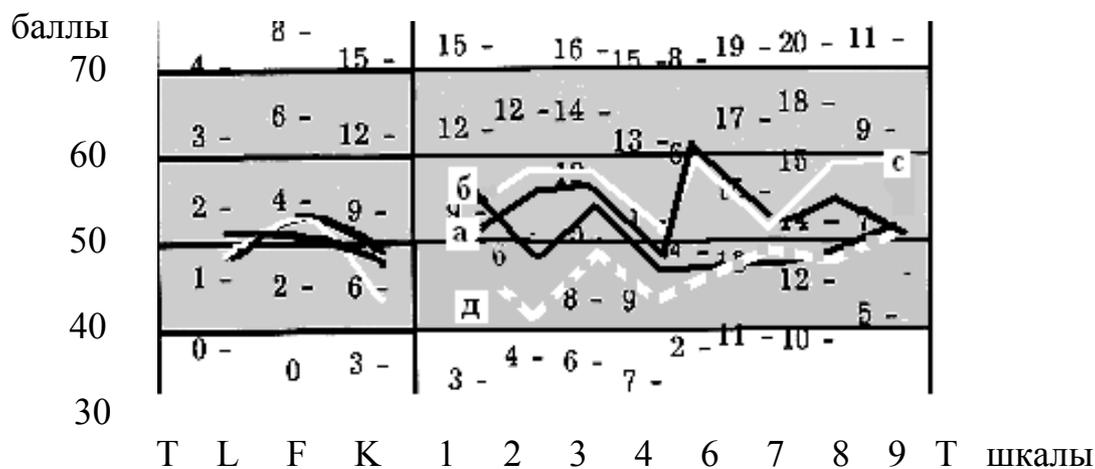


Рис. 1. Среднегрупповой профиль личности больных с церебральными глиомами: а – с глиомами доминантного полушария; б – с глиомами недоминантного полушария; с – с глиомами срединных структур; д – контрольной группы баллы

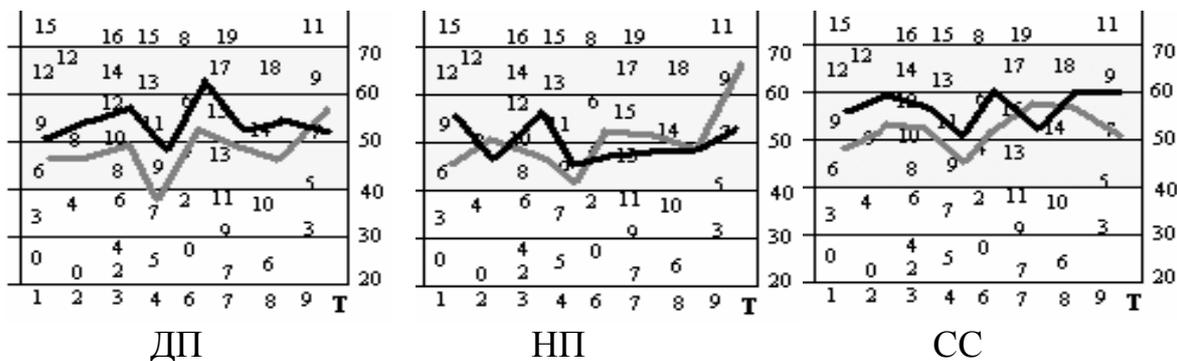


Рис.2. Динамика личностного профиля больных глиомами в зависимости от этапа лечения: черный цвет – дооперационный этап, серый цвет – промежуточный период

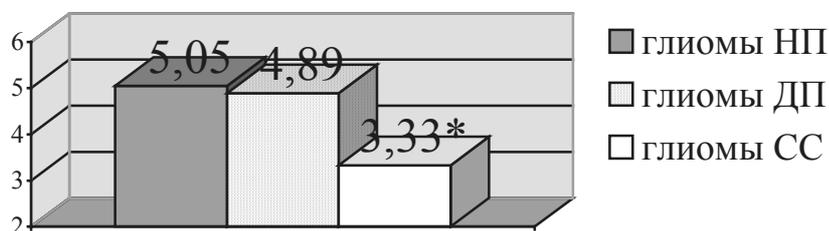
У пациентов с глиомами ДП (рис. 2) в промежуточном периоде отмечалась тенденция «смещения» уровня профиля к нижней границе нормы, что свидетельствует о включении компенсаторных механизмов. Недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие, низкая активность, легко возникающее чувство вины, недооценка собственных возможностей сменялись гипоманиакальной тенденцией (пик «9»), отрицанием тревоги, затруднений, своей и чужой вины. Снижалась подозрительность, враждебное отношение к окружающим, агрессивность. Уменьшалась межличностная дистанция, повышалась самооценка и активность (снижение «8»). Отмечалась тенденция к снижению склонности не доверять терапии, они становились более корригируемыми.

Компенсаторные механизмы у больных с глиомами НП в промежуточном периоде сохранялись практически на прежнем уровне. Если на дооперационном этапе тревога относилась больными за счет состояния своего физического здоровья (пик «1»), то в промежуточном

периоде отмечалось достоверное снижение показателя шкалы «1», что свидетельствует о значительном нарушении самооценки. Для них были характерны более выраженные гипоманиакальные черты (самый высокий пик «9»). Отмечалась склонность к образованию аффективно заряженных и ригидных концепций, гетероагрессивности (пики «6»+«2»+«7»). Положительное отношение к терапии сменялось чувством протеста к лечению, появлялись жалобы на его безуспешность и даже ухудшение состояния в результате терапии.

«Адаптация» у пациентов с глиомами СС происходила за счет погружения в болезнь (пик «7», «8»). Усиливалась постоянная тревожность, недостаточная способность к концентрации внимания, сомнения и колебания при необходимости принять решение. При таком типе поведения больного отмечались трудности осуществления реабилитационных и психотерапевтических мероприятий.

В целом при церебральных глиомах отмечалось снижение самочувствия и активности на фоне повышенного настроения. Получены статистически значимо более низкие показатели преобладающего настроения ($p < 0,05$) при вовлечении в процесс СС головного мозга (рис. 3). При глиомах НП чаще доминировало хорошее настроение, при ДП – изменчивое.



Примечание: * – различия статистически значимы в сравнении с полушарной локализацией глиом при $p < 0,05$. Критерий Краскела-Уоллиса.

Рис. 3. Средние показатели преобладающего настроения при церебральных глиомах

Субъективное снижение памяти отметили у себя 47,54% больных (n=29), среди пациентов с глиомами НП – 42,1% (n=8), ДП – 48,39% (n=15), СС – 63,64% (n=7). У больных с глиомами головного мозга получено статистически значимое снижение показателей кратковременной памяти ($p=0,006$) по сравнению с контрольной группой, более значительное при опухолях ДП (табл.8).

Таблица 8

Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей по тесту запоминания 10 слов

Группы	№ опыта			
	1	2	3	4
контрольная	7,53±0,82	8,57±0,93	9,23±0,57	9,57±0,51
С глиомами ДП	5,47±1,77*	6,18±1,7*	7,23±1,91*	7,82±1,65*
С глиомами НП	5,80±0,94*	7,27±1,16*	7,87±0,99*	8,02±2,0*
С глиомами СС	6,00±1,63*	6,43±1,6*	7,57±1,81*	8,57±1,1*

Примечание: * – различия статистически значимы в сравнении с контрольной группой при $p<0,05$. Критерий Колмагорова-Смирнова или Манна-Уитни.

Таблица 9

Показатели коэффициента запоминания у больных церебральными глиомами в зависимости от локализации и стадии заболевания

Стадии заболевания	Локализация глиом		
	НП	ДП	СС
I	71,9±0,3	65,3±0,38	69,7±0,5
II	73,2±0,29	78,3±0,26	66,7±0,52

Достаточное понимание (пересказ близкий к тексту) выявлено у 70,49% (n=43), неполное изложение рассказа – у 24,59% (n=15). Не смогли воспроизвести рассказ 4,92% (n=3) (при левополушарных глиомах височной и теменной локализации). Это свидетельствовало о снижении слухо-речевой памяти и нарушении узнавания слов на слух.

У 4,92% больных при поражении ДП (в 100% случаев – левая гемисфера) в промежуточном периоде отмечалось нарастание речевых расстройств в виде афотических, что делало невозможным исследовать слухоречевую память. У остальных больных отмечалось более высокое значение среднего K_3 по сравнению с K_3 на предоперационном этапе ($p=0,001$) (табл. 9). У больных с глиомами НП наблюдалась менее выраженная положительная динамика. При опухолях СС выявлена тенденция к ухудшению памяти.

При проведении пробы «третий лишний» строгой зависимости от межполушарной асимметрии поражения глиомами головного мозга нами не отмечено. Выявлена склонность к излишней детализации, преобладание в рассуждениях непосредственного представления о предметах.

Время выполнения таблицы Шульте-Платонова и количество ошибок у больных с церебральными глиомами были достоверно выше, чем в контрольной группе ($p=0,001$) (табл. 10).

Таблица 10

Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей времени при выполнении таблицы Шульте-Платонова

Группы больных с глиомами	Чёрные цифры, сек.	Красные цифры, сек.	Переключение внимания, сек.
ДП	80,33±28,74	77,88±22,02	261,51±50,43
НП	101,72±49,73	77,73±39,22	258,21±59,22
СС	87,11±13,81	93,51±16,56	372,51±10,61
В целом	88,57±16,69*	80,71±15,26*	264,32±15,86*
Контрольная	50,31±13,22	45,34±12,01	191,71±12,81

Примечание: * – различия статистически значимы в сравнении с контрольной группой при $p<0,05$. Критерий Колмогорова-Смирнова или Манна-Уитни.

В зависимости от стадии болезни значимой разницы показателей концентрации внимания нами не выявлено ($p>0,05$) (табл. 11, 12), что

свидетельствует об отсутствии компенсаторных возможностей вследствие стойкого ослабления механизмов произвольной регуляции деятельности. При поражении СС нарастала истощаемость, неустойчивость внимания. В целом по заболеванию увеличивалось затруднение переключаемости внимания.

Таблица 11

Средние показатели времени выполнения таблицы

Шульте-Платонова больными глиомами доминантного полушария

Время, сек.	1 этап	2 этап	t
Черные	80,33±28,74	110,8±17,73	2
Красные	77,88±22,02	67,25±13,15	1,02
Распределение внимания	261,5±50,43	218,5±32,21	0,63
справились	35,48% (n=11)	29,03% (n=9)	

Таблица 12

Средние показатели времени выполнения таблицы

Шульте-Платонова больными глиомами недоминантного полушария

Время, сек.	1 этап	2 этап	t
Черные	101,7±49,73	62,67±13,21	1,6
Красные	77,73±39,22	66,17±27,86	0,6
Распределение внимания	258,2±59,22	318,21±46,18	1,5
справились	63,16% (n=12)	52,63% (n=10)	

ВЫВОДЫ

1. При глиомах недоминантной гемисферы в 75% случаев отмечается анозогнозия, являющаяся возможной причиной длительного латентного течения. При глиомах доминантного полушария отмечается достоверное преобладание ($p < 0,005$) пароксизмального синдрома (56,4%), срединных структур – гипертензионного (81,8%).

2. В комплексе неврологических нарушений у больных с церебральными глиомами над двигательными и чувствительными дефектами преобладает вегетативная дисфункция, которая является

отражением нарушений адаптивной приспособительной деятельности организма уже на ранних стадиях заболевания.

3. При церебральных глиомах у пациентов наблюдается достоверное нарушение памяти и внимания, трудности динамической организации наглядно-образной информации ($p < 0,05$). Данные нарушения более выражены при поражении срединных структур и носят защитный характер.

4. Наиболее выраженные личностные расстройства выявлены у больных с глиомами срединных структур, для которых характерны тревожно-депрессивный настрой, мнительность, агрессивность, нарастание агрессивного поведения, решение проблем путем ухода в болезнь, большая потребность в психотерапевтической коррекции.

5. У больных с глиомами недоминантного полушария на фоне демонстративного оптимизма, пассивно-агрессивного поведения по мере течения болезни нарастает нарушение самооценки, гетероагрессивность, положительное отношение к терапии сменяется чувством протеста к лечению.

6. В послеоперационном периоде у больных с глиомами доминантной гемисферы снижается реактивная и личностная тревожность, нарастает самооценка, адаптация происходит за счет активного осознанного преодоления трудностей, участия в реабилитации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В практике невролога необходимо обращать внимание на клинико-неврологические особенности, динамику личностных, когнитивных расстройств с учетом функциональной асимметрии мозга для своевременного распознавания опухоли, ее локализации, прогнозирования адаптации больных.

2. При лечении больных с церебральными глиомами необходимо проводить углубленное комплексное обследование с использованием психологических методик (например, СМОЛ), с уточнением социальных факторов, способствующих возникновению данного заболевания.

3. Для создания оптимальной психологической атмосферы у пациента с глиомой головного мозга необходимы коррекция психологического статуса, снижение тревоги.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Возможности применения грандаксина у больных с церебральными глиомами / **Е.Н. Неговора**, **А.Ю. Савченко** // Омский научный вестник №1 (65). – 2008. – Часть 1. – С.231-234.

2. **Особенности социально-психологической адаптации больных церебральными глиомами / Е.Н. Неговора, А.Ю. Савченко, А.С. Рождественский, Ю.В. Лалов // Бюллетень сибирской медицины. – Том 7. – 2008. – С. 95-98.**

3. Особенности темперамента, межличностных и внутриличностных конфликтов у больных с церебральными глиомами с точки зрения межполушарной асимметрии мозга / **Е.Н. Неговора**, Ю.В. Лалов // VII Поленовские чтения: Тезисы докладов. – 2008. – С. 279.

4. Тревожные расстройства у больных церебральными глиомами с учетом функциональной асимметрии мозга / **Е.Н. Неговора**, А.Ю. Савченко, Ю.В. Лалов // Актуальные вопросы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации: Тезисы докладов. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008. – С. 147.

5. Эффективность применения грандаксина у больных с глиомами головного мозга / **Е.Н. Неговора**, А.Ю. Савченко, Н.С. Захарова // VII Поленовские чтения: Тезисы докладов. – 2008. – С. 279-280.

6. Эмоционально-личностные особенности больных с церебральными глиомами / **Е.Н. Неговора**, **А.Ю. Савченко** // Омский научный вестник №1 (65). – 2008. – Часть 1. – С. 234-237.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДП – доминантное полушарие

К_з – коэффициент запоминания

КТ – рентгеновская компьютерная томография

ЛТ – личностная тревога

МРТ – магнитно-резонансная томография

МРА – магнитно-резонансная ангиография

НП – недоминантное полушарие

РТ – реактивная тревога

СС – срединные структуры

ЧМТ – черепно-мозговая травма