На правах рукописи

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БОРЕЙКО Валерий Болеславович

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПОКАЗАНИЯХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

(14.00.18 — психиатрия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск 1973

На правах рукописи

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БОРЕЙКО Валерий Болеславович

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПОКАЗАНИЯХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

14.00.18 — психиатрия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск 1973

Диссертация выполнена в клинике нервных болезней и нейрохирургии (заведующий — заслуженный деятель науки профессор *Д. Г. Шефер)* Свердловского Государственного медицинского института (ректор — профессор *В. Н. Климов)* и Свердловского психоневрологического госпиталя для инвалидов Отечественной войны (начальник — *Р. Л. Рохлин)*.

Научные руководители:

Заслуженный деятель науки профессор *Д. Г. Шефер*

Кандидат медицинских наук доцент *Н. Н. Боднянская*

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук профессор *С. С. Магазаник*

Кандидат медицинских наук *С. И. Ворошилин*

Внешний отзыв о научно-практической ценности диссертации дает кафедра психиатрии Омского Государственного медицинского института.

Автореферат разослан «26» сентября 1973 года.

Защита диссертации состоится «26» октября 1973 года на заседании клинического Ученого Совета Свердловского Государственного медицинского института (г. Свердловск, Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Свердловского Государственного медицинского института (ул. Ермакова, 17).

Ученый секретарь Совета, доцент *З. М. Мельникова*

Изучение клиники и патогенеза височной эпилепсии, составляющей от 30 до 50% общего количества больных эпилепсией, совершенствование и поиск новых методов ее лечения является одной из актуальных задач невропатологии и психиатрии.

Консервативное лечение этого заболевания, несмотря на применение разнообразных противосудорожных средств, нередко является малоэффективным. Хирургическое лечение височной эпилепсии открыло новые возможности в борьбе с этим тяжелым недугом. Внимание нейрохирургов в настоящее время сосредоточено на неподдающихся медикаментозному лечению формах заболевания, составляющих более половины от общего числа больных височной эпилепсией. Поэтому вопросы диагностики и определения показаний к оперативному лечению эпилепсии, направленные на предупреждение инвалидизации больных, имеют большое социальное значение. Следует обратить внимание, что до 30—50% больных, подвергнутых хирургическому лечению, не получают облегчения от операции. Большую часть этого контингента составляют больные с выраженными психическими нарушениями (В. М. Угрюмов, Д. Г. Шефер, Kreindler, Falconer и др.).

При выполнении настоящей работы мы ставили перед собой следующие конкретные задачи:

1. Описать особенности психических нарушений у больных с монотемпоральной эпилепсией.

2. Определить значение различных психических нарушений для топической диагностики эпилептического очага.

3. Уточнить роль психических нарушений в определении показаний к хирургическому лечению больных височной эпилепсией.

4. Проследить динамику психических нарушений у больных височной эпилепсией после открытого удаления эпилептического очага.

Диссертация состоит из введения, шести глав, выводов, указателя литературы (труды отечественных авторов — 187 работ, труды иностранных авторов — 184) и приложения (список наблюдений) — всего 203 страницы машинописи. Работа иллюстрирована 9 рисунками, 20 таблицами и 12 выписками из историй болезни.

Глава I диссертации посвящена обзору литературы по истории учения о височной эпилепсии и о хирургическом лечении больных темпоральной эпилепсией с психическими нарушениями.

Эпилепсия является одним из самых распространенных нервно-психических заболеваний, известных с глубокой древности. В первых письменных памятниках, дошедших до нас, уже имелось описание эпилептических припадков и особенностей течения этого тяжелого заболевания.

В середине XIX века психиатрами выделяется «психическая эпилепсия». Этой форме эпилепсии были посвящены значительные исследования С. С. Корсакова, В. М. Бехтерева, П. И. Ковалевского и др. В то время к «психической эпилепсии» относили случаи заболевания, которые протекали с пароксизмальными психическими нарушениями (различные варианты психосензорной ауры, психомоторные припадки, сумеречные состояния сознания, дисфории, дипсомании, дромомании и т. д.) и особенно подчеркивалась взаимосвязь между предвестниками, припадками и психическими нарушениями. Среди описаний «психической эпилепсии» большое место занимали фокальные психомоторные припадки и различные варианты психосензорных аур. Следовательно, большой удельный вес среди «психической эпилепсии» занимала височная эпилепсия.

Следующим важным этапом в изучении этой формы эпилепсии является выделение и изучение «пароксизмального височного синдрома» при опухолях височных долей, который обогатил клинику и позволил локализовать все основные проявления височной эпилепсии.

В 1874 г. Sander приводит историю болезни больного с опухолью передних отделов сильвиевой борозды, клинически проявлявшейся приступами обонятельных галлюцинаций, жевательных движений, слюноотделением и подергиванием лица.

Jackson в 1896 г. при опухолях височных долей описал эпилептические пароксизмы со «сновидным расстройством сознания» и назвал их «dreamy states». Часто этим пароксизмам предшествовали вкусовые и обонятельные галлюцинации, и во время пароксизма наблюдались насильственные воспоминания, которые предшествовали эпилептическим припадкам.

В 1899 г. Jackson и P. Stewart выделили припадки, начинающиеся с обонятельных и вкусовых ощущений, и назвали их унцинатными (uncinate fits). В 1896 г. Oppenheim среди симптомов, характерных для опухолей височных долей, выделил слуховые галлюцинации.

В изучении «пароксизмального височного синдрома» при опухолях височных долей большая заслуга принадлежит отечественным ученым (В. М. Бехтерев, М. И. Аствацатуров, Н. Н. Бурденко, М. Б. Кроль, В. В. Крамер, А. М. Гринштейн, А. С. Шмарьян, И. Я. Раздольский, М. Ю. Рапопорт, Д. Г. Шефер и др.).

Еще в начале XIX века были описаны впервые морфологические изменения при эпилепсии (Bouchet и Cazauvielh, 1825). Было установлено, что «височная эпилепсия» встречается не только

при опухолях височной доли. Описаны особенности микроскопической картины, а также было показано, что глиальный склероз является довольно частой причиной височной эпилепсии.

Следующим важным этапом в изучении и разграничении фокальных форм эпилепсии является развитие электроэнцефалографии (В. Е. Майорчик, Н. П. Бехтерева, Berger, F. Gibbs, E. Gibbs, Lennox, Jasper).

Существенным вкладом в понимание патогенеза эпилептической болезни явилось формулирование понятия эпилептического очага Penfield a. Jasper в 1954 году.

В далекой древности уже имелись описания фокальных припадков, в частности, психомоторных. В дальнейшем проявления височной эпилепсии описывались в рамках так называемой «психической эпилепсии» и занимали в ней доминирующее место. Позже был выделен «пароксизмальный височный синдром» при опухолях височных долей.

«Психосензорная» эпилепсия, описанная М. О. Гуревичем в 1936 г., является, по сути дела, одним из клинических вариантов височной эпилепсии.

Последующее открытое хирургическое удаление эпилептического очага с прекращением эпилептических припадков убедительно доказало правомерность выделения этой фокальной формы эпилепсии.

Большинство исследователей, в основном нейрохирурги, касаются влияния хирургического лечения на эпилептические припадки. При этом положительный эффект от операций составляет от 50 до 80% (А .Г. Земская, 1965; В. М. Угрюмов, 1965; Ю. Н. Савченко, 1968; Д. Г. Шефер с сотр., 1968—70; А. П. Ромоданов, 1969; Ю. И. Беляев, 1970; Ю. В. Зотов, 1971; Penfield a. Flanigin, 1950; Bailey a. Gibbs, 1951; Falconer, 1965; Walker, 1966; Pia, 1966 и др.).

Значительно меньше работ посвящено вопросу о влиянии хирургического лечения на другие проявления эпилепсии, в частности на динамику психических изменений у больных в послеоперационном периоде, а также проблеме реадаптации и реабилитации их.

Следует упомянуть и о побочных влияниях самой операционной травмы при удалении эпилептической зоны. Так, удаление обеих височных долей приводило к тяжелым нарушениям поведения и психики в форме синдрома Клювера—Бюси (грубое снижение памяти, зрительная агнозия, оральные тенденции, повышение сексуальной активности). Аналогичные нарушения наблюдали Terzian a. Dalle-Ore (1955), Scoville a. Milner (1957), Turner (1958), Bailey (1961) у больных височной эпилепсией после двусторонней резекции височных долей. Чем больше был объем резекции, тем более были выражены эти нарушения.

Таким образом, в настоящее время можно в целом благоприятно оценить результаты хирургического лечения больных височной эпилепсией в отношении припадков. Вопрос же о целесообразности вмешательства при наличии выраженных психических нарушений остается до сих пор нерешенным. Кроме того, отсутствуют разработанные показания к дифференцированному хирургическому лечению больных височной эпилепсией с психическими нарушениями.

Глава II содержит общую характеристику собственных наблюдений и описание методики обследования больных.

Работа основана на детальном исследовании 82 больных височной эпилепсией, которые были подвергнуты открытому хирургическому вмешательству с целью удаления эпилептического очага, в сроки от 1,5 до 8 лет после операции.

Возраст больных к моменту операции колебался в пределах от 4,5 до 47 лет. Одна треть больных была оперирована в возрасте 10—19 лет. Все обследованные до хирургического лечения по психическому состоянию были разделены на 2 группы. Первую группу составили 49 больных с незначительными психическими нарушениями: ослабление памяти на текущие события, колебания аффективности, преимущественно в рамках дистимии, инициальные изменения личности по эпилептическому типу. Интеллект у этой группы больных был сохранным.

Вторую группу составили 33 больных. У них отмечались выраженные психические нарушения: значительные расстройства памяти, дисфории, сумеречные состояния сознания, изменения личности, деменция различной степени выраженности. У 6 больных были тяжелые эпилептические психозы с затяжным течением.

Нами были отмечены некоторые клинические особенности у этих двух групп больных. Так, у больных с незначительными психическими нарушениями аура была полиморфной. Среди пароксизмов чаще встречались психомоторные припадки. Пневмоэнцефалографические данные указывали преимущественно на локальные поражения в головном мозгу.

В группе больных с выраженными психическими нарушениями аура чаще или отсутствовала или была менее полиморфной. Среди припадков преобладали генерализованные формы с наклонностью к статусному течению, чаще имели место постприпадочные сумеречные состояния сознания. Пневмоэнцефалографические данные указывали на распространенные атрофические явления коры мозга и подтверждали диффузный характер поражения.

В плане топической диагностики эпилептического очага в пределах височной доли, как установлено, ведущее место принадлежит пароксизмальному синдрому. В структуре пароксизмальных нарушений различают продромальные явления, ауру, припадочный период и послеприпадочное состояние. По нашим наблюде-

ниям, наиболее редко встречаются продромальные явления (15 больных), указывающие на приближение припадков. Продром обычно характеризуется сниженным фоном настроения, чувством тревоги в сочетании с вегетативной дисфункцией (нарушение сна, жажда, анорексия, мигренозные головные боли).

Нами зарегистрированы три основные группы аур при височной эпилепсии: 1) сензорные — вестибулярные, обонятельные, слуховые, зрительные, вкусовые — у 52,4% больных; 2) вегетативно-висцеральные — эпигастральные, абдоминальные, кардиальные, тошнота и другие — у 84,1%; 3) психосензорные — дереализация, деперсонализация, насильственные воспоминания, «интерпретационные иллюзии», галлюцинации — у 53,6% больных.

У наших больных мы наблюдали самые разнообразные типы эпилептических припадков. Почти у всех больных пароксизмальный синдром состоял из двух и более видов припадков. Наиболее часто мы отмечали припадки психомоторного автоматизма (65%). Судорожные пароксизмы также довольно часты при височной эпилепсии — 60,9%, и в большинстве из них был представлен фокальный компонент. Необходимо отметить, что у 22 больных фокальный компонент был отмечен уже в первом приступе.

Неврологическое обследование, как правило, не давало четких опорных критериев для локализации эпилептического очага. Выявленные у большинства больных микросимптомы органического поражения головного мозга часто были рассеянными и могли лишь косвенно указывать на несколько большее страдание одного из полушарий мозга.

У всех обследованных больных производилась неоднократная регистрация поверхностной электроэнцефалограммы как спонтанной, так и с использованием различных функциональных нагрузок. Трудности локализации эпилептического очага при стандартном ЭЭГ обследовании фоновой активности у больных эпилепсией обусловливали показания к применению средств провокации эпилептических разрядов в ЭЭГ исследовании. При обследовании применяли гипервентиляцию, ритмическую фотостимуляцию и фармакологические нагрузки—коразол, гексенал и аминазин.

Основным методом исследования в нашей работе был клинико-психопатологический. В дооперационном периоде подробно были изучены и описаны у больных характерные психические нарушения: эмоциональные, мнестические, интеллектуальные расстройства, изменения личности, собственно психотические состояния. Уточнялась выраженность этих психических нарушений и их особенности при височной эпилепсии.

В дальнейшем после хирургического лечения больные находились под наблюдением противоэпилептического центра, где осуществлялась поддерживающая медикаментозная терапия, ре-

шались вопросы дальнейшей реабилитации больных и изучалась динамика психических нарушений.

Экспериментально-психологические методики, разработанные А. Р. Лурия и его сотрудниками, были использованы для обследования больных височной эпилепсией в динамике и в сравнении с полученными дооперационными данными.

После полного клинического обследования и установления эпилептического очага в одной из височных долей производилось открытое хирургическое вмешательство. Субпиальная резекция коры височной доли (по Penfield и В. М. Угрюмову) была произведена у двух больных, передняя височная лобэктомия (по Penfield a. Walker) — у 68 больных. Семи больным, у которых клиническая картина височной эпилепсии дополнялась очаговыми симптомами вторичного раздражения супрасильвиевой области с появлением джексоновских припадков, была произведена височная лобэктомия с дополнительной резекцией коры островка, теменной и лобной покрышки. У 3 больных было произведено изолированное удаление медио-базальных структур височной доли по Niemeyer в модификации Ю. И. Беляева. У двух больных была осуществлена комбинированная стереотаксическая деструкция очага височной зоны на одной стороне с передней височной лобэктомией на другой стороне.

Главы III и IV посвящены особенностям психических нарушений у больных височной эпилепсией по данным собственных наблюдений.

Психические нарушения при височной эпилепсии встречаются нередко — в 40—80%, по данным различных авторов (Gibbs, 1951; Jasper, 1962; Treffer, 1964; Stevens, 1966). Выраженные психические нарушения были отмечены нами у 33 больных — в 42% (см. таблицу 1).

Психические нарушения в ауре припадка. Психосензорная аура отмечена нами у 23 больных. Мы зарегистрировали 10 различных вариантов психосензорной ауры (53,6%). Deja vu и jamais vu отмечены у 14 больных.

«Интерпретационные иллюзии» чаще встречались у больных при локализации эпилептического очага в пределах правой височной доли (у 10 больных). Преобладание поражения недоминантного полушария при данном виде ауры отмечены Penfield (1958) в соотношении недоминантного и доминантного полушария, как 9 : 1; а Cole a. Zangwill (1963) — 3,2 : 1.

У 8 из 10 больных с «интерпретационными иллюзиями» в структуре припадка и после произведенной частичной резекции недоминантной височной доли припадки прекратились. В то же время ни у одного из 4 больных с данным видом ауры, у которых было произведено хирургическое вмешательство на доминантной височной доле, припадки не исчезли.

При других вариантах психосензорной ауры мы такой зако-

Таблица 1

Психические нарушения у 82 больных височной эпилепсией, подвергнутых открытому хирургическому вмешательству с целью удаления эпилептического очага

Психические нарушения	I группа (с незначительными психическими нарушениями)	II группа (с выраженными психическими нарушениями)
1. Психические нарушения в структуре припадка	15	8
2. Эмоциональные нарушения		
а) дистимии	16	—
б) дисфории	—	17
3. Мнестические расстройства		
а) легкие	35	4
б) умеренно выраженные	4	8
в) выраженные	—	21
4. Интеллектуальные расстройства		
а) олигофрения	—	3
б) деменция	—	15
5. Острые психотические расстройства		
а) сумеречные состояния сознания как эквивалент припадка	1	1
б) сумеречные состояния сознания в структуре постприпадочного состояния	5	12
в) сумеречные состояния сознания вне зависимости от судорожного пароксизма	—	1
6. Изменения личности		
а) незначительные	49	—
б) выраженные	—	33
7. Психотические состояния с затяжным течением	—	6
8. Сексуальные нарушения		
а) «сексуальный инфатилизм»	3	5
б) гипосексуальность	10	8
в) гиперсексуальность	—	8

Примечание. Сексуальные нарушения были изучены только у больных старше 15 лет (т. е. у 58 больных).

номерности не отмечали; однако необходимо подчеркнуть, что у 14 из 23 больных после хирургического лечения припадки отсутствуют, а у 7 наступило значительное урежение пароксизмов. Полученные данные еще раз подчеркивают специфичность психосенсорной ауры для височной эпилепсии.

Следует отметить, что у наших больных значительно преобладала комбинация из нескольких видов психосенсорной ауры. Довольно часто наблюдались насильственные воспоминания (9 больных) и дереализация (7). В двух наблюдениях в ауре припадка были сложные слуховые галлюцинации. После хирургического лечения улучшения не наступило.

Таким образом, необходимо отметить патогномоничность психосенсорной ауры в клинике височной эпилепсии и ее значение

в диагностике, показаниях к хирургическому лечению и прогнозе. Многими исследователями, так же как и нами, отмечено, что больные не могут детально и точно описать свои ощущения и переживания во время ауры. Эта особенность при наличии критического отношения к своим переживаниям является характерной для больных височной эпилепсией.

Слуховые галлюцинации являются довольно редким феноменом в структуре «височного пароксизмального синдрома» при височной эпилепсии. Следует отметить, что «интерпретационные иллюзии» чаще встречаются при локализации эпилептического очага в пределах правой (недоминантной) височной доли. При отборе больных для хирургического лечения с аурой «уже виденного» и «никогда не виденного» и сходными с ними состояниями при соответствующих данных скальповой ЭЭГ, говорящих за локализацию эпилептического очага в пределах левой височной доли, следует, по-видимому, обязательно проводить в качестве диагностического исследования стереотаксическое вживление многоступенчатых электродов в височные доли битемпорально для верификации эпилептического очага и дифференциации моно- и битемпоральной эпилепсии.

Эмоциональные нарушения. В соответствии с данными литературы типичным для поражения височной доли является понижение эмоционального фона, пароксизмально наступающие приступы страха и дисфории. По нашим данным, аффективные нарушения при правосторонней локализации эпилептического очага протекала с более выраженной эмоциональной окраской и более часто сопровождались страхом и тревогой.

У больных с незначительными психическими нарушениями отмечались легкие и умеренно выраженные аффективные расстройства. Большинство больных продолжали работать, они тяжело переживали свою болезнь, давая нередко реактивную депрессию после припадков. У 16 из 49 больных с незначительными психическими нарушениями мы наблюдали дистимии; у 6 из них дистимии предшествовали пароксизму, а у 2 возникали после припадка.

У больных с выраженными психическими изменениями эмоциональные нарушения протекали более тяжело. Наиболее часто мы наблюдали дисфории (у 17 из 33 больных). Дисфории появлялись на 4—7 год болезни. У большинства больных отмечалось постепенное развитие дисфорий — от легких колебаний настроения («плохие и хорошие дни») до выраженных дисфорических состояний. Продолжительность дисфорий была от нескольких дней до 2—3 недель. У 7 больных дисфории предшествовали развитию эпилептического припадка. У остальных больных проследить закономерность появления дисфории в зависимости от времени возникновения припадка не удалось. У 3 больных с левосторонней локализацией эпилептического очага на высоте дисфо-

рического состояния наблюдалась недифференцированная параноидность и готовность к формированию бредоподобных идей. Присоединение дисфорий в течение болезни может служить одним из дополнительных критериев, указывающих на прогредиентность заболевания.

Кроме того, почти у всех больных из этой группы можно было отметить постоянно сниженный фон настроения, а у большинства имели место эпилептические черты характера: злобность, агрессивность, аффектные вспышки.

Нарушения памяти. Установлено, что нарушение памяти — один из наиболее ранних и постоянных симптомов височной эпилепсии. Жалобы на плохую память были вторыми по частоте после жалоб на эпилептические припадки. Расстройства памяти связывают за последние годы с поражением «круга гиппокампа».

У больных первой группы (с незначительными психическими нарушениями) в основном преобладали легкие и умеренно выраженные мнестические расстройства. Вначале появлялись нарушения памяти на текущие события. У части больных, несмотря на указания на плохую память, при экспериментально-психологическом исследовании нарушения памяти не выявлялись. Нарушения слухо-речевой памяти и синдром акустико-мнестической афазии указывали на локализацию эпилептического очага в левой (доминантной) височной доле, что имеет значение для топической диагностики.

У больных второй группы расстройства памяти были более тяжелыми. У многих больных выраженные нарушения памяти вместе со снижением интеллекта и изменением личности составляли «ядро» психических нарушений.

Нарушения интеллектуальной деятельности. Как известно, одним из самых тяжелых проявлений эпилепсии является нарастающее слабоумие. У больных первой группы мы не отмечали расстройств интеллекта, хотя у большинства из них имелись некоторые интеллектуальные затруднения при профессиональной деятельности и обучении, но ни в одном случае речь не шла о снижении интеллекта.

У больных второй группы (с выраженными психическими нарушениями) патология интеллекта различной степени выраженности отмечена у 18 из 33 больных. В плане определения показаний к хирургическому лечению важно выделить различные варианты интеллектуальных нарушений.

При изучении структуры деменции мы придавали большое значение возрастному фактору. В первом варианте изменения выявились в возрасте от 3 до 10 лет (4 больных). У больных со вторым типом деменции (11) интеллектуальные нарушения развивались у сформировавшейся личности. В тех случаях, где заболевание развивалось в раннем детстве — до 3 лет, мы вынуждены были воспользоваться термином олигофрения (3 больных).

Таким образом, для больных височной эпилепсией характерны различные варианты интеллектуальных нарушений. Дементирующий процесс при этом не имеет, по сути дела, характерных особенностей. Наиболее неблагоприятными моментами, способствующими развитию слабоумия, следует считать раннее начало частых регулярных припадков судорожного характера с наклонностью к серийному течению в возрасте от 1 года до 8 лет.

Сексуальные нарушения. Для больных височной эпилепсией характерна сексуальная дисгармония с преобладанием гипосексуальности. У больных с началом заболевания в первом десятилетии мы наблюдали в последующем развитие сексуального инфантилизма. По нашим данным, гиперсексуальность и сексуальные извращения наблюдались только у больных с выраженными психическими нарушениями.

Изменения личности. У всех больных наблюдались изменения личности по эпилептическому типу. Степень выраженности этих изменений имеет значение в общем комплексе показаний к хирургическому вмешательству.

Незначительные изменения личности были выявлены у 49 больных. К этим изменениям мы относили умеренную брадифрению, педантичность и аккуратность, упрямство и эгоизм, эмоциональную неустойчивость. Отмечена также и готовность к невротическим реакциям. Однако, несмотря на имевшиеся изменения характера, больные хорошо контактировали в семье и многие из них продолжали работать.

Выраженные изменения личности отмечены у 33 больных. Нами выделено условно, учитывая особенности изменения личности, три варианта, хотя в чистом виде они встречаются весьма редко. Для 1 типа (15 больных) было характерно преобладание медлительности, вязкости, «прилипчивости», слащавости. Зарубежные авторы называют данный тип изменения личности «энехетическим». При втором типе (11 больных) преобладала аффективная неустойчивость, вспыльчивость, злобность, агрессивность. Эти больные представляли большие трудности в поведении. Для изменений личности третьего типа (7 больных) характерна повышенная возбудимость, расторможенность, снижение чувства дистанции, расстройство внимания и функции сосредоточения. К этой группе в основном относились дети (5).

Острые психозы. Собственно эпилептические психозы мы отметили у 21 больного (27%). У 20 больных наблюдались различные варианты сумеречных состояний сознания: 1) сумеречные состояния сознания как эквивалент припадка — психический эквивалент (2); 2) сумеречные состояния сознания в структуре постприпадочного состояния (17); 3) сумеречные состояния сознания вне зависимости от судорожного пароксизма (1). Одна больная перенесла острый эпилептический психоз — транзиторный галлюциноз.

Все варианты сумеречного состояния сознания наблюдались нами чаще у больных с выраженными психическими нарушениями, что свидетельствовало о тяжелом течении эпилепсии. Кроме отмеченных постприпадочных сумеречных состояний сознания различной продолжительности, мы выделили и «кратковременные постприпадочные сумеречные состояния сознания с автоматизмами». Второй вариант постприпадочного сумеречного состояния сознания наблюдался у 11 больных. Больные во время «кратковременного постприпадочного сумеречного состояния сознания с автоматизмами» стремятся куда-то идти, перебирают на себе одежду, совершают поисковые движения, чмокают губами, раздеваются, ползают, произносят бессвязные фразы. Продолжительность психотического эпизода составляет 10—15 минут.

Психозы с затяжным течением. Под нашим наблюдением находились 6 больных височной эпилепсией, страдавших до хирургического вмешательства эпилептическими психозами с затяжным течением. Первые признаки психоза возникали у больных спустя 6—8 лет после начала регулярных припадков. Клиническая картина психоза была сложной и весьма полиморфной. На определенном этапе болезни у больных наблюдались сумеречные состояния сознания, аффективные нарушения, галлюцинаторные переживания, бредовые и бредоподобные высказывания, эпизоды психомоторного возбуждения. Психотические нарушения возникали на фоне выраженных изменений личности и нарастающего слабоумия.

В главе V обосновывается значение психических нарушений в общем комплексе показаний к хирургическому удалению эпилептического очага у больных височной эпилепсией.

1. Общие показания к открытому хирургическому удалению эпилептического очага:

1) Наличие частых эпилептических припадков и ауры (не менее трех раз в месяц, регулярно повторяющихся в течение последних двух лет).

2) Отсутствие эффекта от регулярно проводимой консервативной терапии в течение двух лет.

3) Наличие четкого эпилептического очага в височной доле мозга по данным электрофизиологических исследований.

4) Совпадение клинической картины заболевания и ЭЭГ—данных в плане топической диагностики очага.

2. Значение пароксизмальных психических расстройств в показаниях к хирургическому лечению.

А. Эмоциональные нарушения. Наши наблюдения показывают, что у больных 1 группы (с незначительными психическими нарушениями) после хирургического лечения и при прекращении или значительном урежении припадков у большинства больных имеет место нормализация настроения. У 16 больных, у которых до операции наблюдались дистимии, была отмече-

на следующая динамика: у 11 больных припадки и дистимии прекратились, в том числе и у больной, у которой наблюдался только один эпилептический припадок. У другого больного были редкие припадки только в первые два года, но эмоциональные нарушения прогрессировали, и в настоящее время наблюдаются дисфорические состояния; у 4 больных отмечено урежение припадков, а дистимии прекратились только у двух и без изменений остались у двух больных.

У больных второй группы среди аффективных расстройств наиболее частыми были дисфории (у 17 из 33 больных). После хирургического лечения дисфории, так же как и судорожные пароксизмы, прекратились у 9 больных. Значительное урежение дисфорий и более легкое их течение отмечено у 3 больных, причем у одного из них припадки отсутствуют, у второго наблюдался только один припадок после операции, и у третьего частота припадков составляет 3—6 в год. В то же время дисфории сохранились у 3 больных, и припадки стали реже у двух, полностью исчезли у одного больного. Учащение и утяжеление клиники дисфорий отмечено у 2 больных, у которых припадки продолжаются после операции с прежней частотой.

Таким образом, из 17 больных, подвергнутых хирургическому лечению, у 12 была отмечена благоприятная динамика дисфорических состояний. Пароксизмальные аффективные нарушения у больных височной эпилепсией не являются противопоказанием к хирургическому вмешательству.

Б. Эпилептические психозы с кратковременным течением. У двух больных с эквивалентом припадка в виде сумеречного состояния сознания после оперативного лечения прекратились и эпилептические припадки, и психотические эпизоды.

Сумеречные состояния сознания были зарегестрированы у 7 больных, причем у 6 они были постприпадочными. После хирургического лечения в этой группе больных была отмечена следующая динамика эпилептических припадков: у одного больного припадки отсутствуют; у двух — были припадки только при отмене антиконвульсантов; у 3 больных первые два года были редкие припадки, последние 4—5 лет пароксизмы отсутствуют, и у одного больного припадки продолжаются с прежней частотой.

В послеоперационном периоде сумеречные состояния сознания прекратились у 5 больных. У одного больного с редкими эпилептическими припадками в первые два года после операции наблюдались и редкие постприпадочные сумеречные состояния сознания, которые в последующем исчезли вместе с прекращением припадков. У одного больного после операции припадки продолжаются с прежней частотой, а после серии пароксизмов наблюдаются кратковременные постприпадочные сумеречные состояния сознания — на ЭЭГ у этого больного после операции был

выявлен фокус эпилептической активности в неоперированной височной доле.

У 11 больных с «кратковременными постприпадочными сумеречными состояниями сознания с автоматизмами» после хирургического удаления эпилептического очага была отмечена следующая динамика: у 5 больных припадки прекратились, также отсутствуют и кратковременные постприпадочные психотические эпизоды. У одного больного в течение первых двух лет наблюдались редкие припадки с кратковременными постприпадочными сумеречными состояниями сознания с автоматизмами, а в течение последних 5 лет у него отсутствуют эпилептические припадки и постприпадочные психотические эпизоды. У 4 больных отмечено урежение припадков, а у одной больной пароксизмы продолжаются с прежней частотой. У всех этих больных психотические состояния также продолжаются.

Мы не отметили ни одного наблюдения, где после операции при исчезновении эпилептических припадков наблюдались сумеречные состояния сознания. Острые психотические расстройства, в частности сумеречные состояния сознания с его вариантами, у больных височной эпилепсией не являются противопоказанием для оперативного вмешательства, так как с прекращением припадков острые психотические состояния также исчезают.

3. Роль межпароксизмальных психических нарушений в показаниях к хирургическому лечению

А. Мнестические нарушения. Если у больных с незначительными психическими нарушениями легкие мнестические расстройства при благоприятной динамике эпилептических припадков полностью восстановились, то при катамнестическом изучении больных II группы благоприятной динамике эпилептических припадков сопутствовало лишь незначительное улучшение памяти. В 2 наблюдениях после правосторонней височной лобэктомии, несмотря на полное исчезновение припадков, возникли грубые расстройства памяти в форме корсаковского синдрома, и в одном наблюдении после правосторонней лобэктомии при наличии урежения припадков также развился данный синдром. Отсюда следует, что больные височной эпилепсией с грубыми нарушениями памяти в сочетании с деменцией не являются показанными к хирургическому вмешательству.

Б. Изменения личности. При благоприятной динамике эпилептических припадков мы смогли в большинстве случаев отметить прекращение дальнейшего распада личности. В то же время у 5 больных, несмотря на отсутствие эпилептических припадков, характерологические изменения не регрессировали, а у 2 больных значительно углубились. Наиболее благоприятное воздействие хирургического лечения было отмечено у больных со II типом изменений личности — аффективно-неустойчивых. У них исчезли злобность, агрессивность, повысился эмоциональный фон.

Таким образом, при наличии умеренно выраженных изменений личности проведение оперативного вмешательства возможно. У большинства больных при прекращении припадков не нарастали и изменения личности или же они регрессировали. При выраженных изменениях личности, особенно в сочетании с деменцией, хирургическое лечение противопоказано, так как характерологические изменения продолжают прогрессировать даже при прекращении эпилептических припадков после операции.

В. Интеллектуальные нарушения. У больных I группы (с незначительными психическими нарушениями) расстройства интеллекта в дооперационном периоде отсутствовали. Ни у одного больного из этой группы с прекращением или значительным урежением припадков после операции ухудшений со стороны интеллектуальной деятельности не отмечалось. А у большинства больных с полным прекращением эпилептических припадков после операции мы констатировали исчезновение некоторых интеллектуальных затруднений, которые они испытывали до операции.

Во второй группе больных (с выраженными психическими нарушениями) в дооперационном периоде были отмечены изменения интеллекта у 18 из 33 больных. У больных с развитием деменции до 10-летнего возраста при прекращении судорожных припадков мы не отмечали нарастающего ухудшения со стороны интеллекта, а отсутствие эпилептических пароксизмов улучшало в дальнейшем психическое состояние и социабельность больных. Так, двое больных из этой группы, у которых прекратились эпилептические припадки после операции, смогли окончить 8 классов и в настоящее время работают.

Наоборот, у больных с синдромом деменции развившейся на фоне сформировавшейся личности, несмотря на прекращение судорожных пароксизмов, мы не отметили улучшения со стороны интеллекта, а у 4 больных деменция значительно прогрессировала.

Олигофрения в степени дебильности была отмечена у 3 больных. У двух из них после операции припадки прекратились, а у одного наступило их урежение. Несмотря на благоприятную динамику пароксизмов у всех трех больных, изменений со стороны интеллекта как в сторону улучшения, так и ухудшения не выявлено. Двое из трех больных так и не смогли из-за выраженного слабоумия приступить к учебе в школе. Один больной окончил 5 классов специальной школы для умственно отсталых детей. Однако отсутствие эпилептических припадков улучшило общее психическое состояние и социабельность больных.

Таким образом, у больных со снижением интеллекта по типу олигофренического слабоумия легкой степени при наличии частых эпилептических припадков хирургическое лечение не противопоказано. При регрессе судорожных пароксизмов ухудшения

со стороны интеллекта мы не отмечали, а отсутствие эпилептических припадков улучшало в дальнейшем общее психическое состояние и социабельность больных.

Наоборот, при наличии выраженной эпилептической деменции хирургическое лечение является противопоказанным, так как, несмотря на регресс судорожных пароксизмов, деменция у большинства больных значительно прогрессировала.

Г. Психозы с затяжным течением. При катамнестическом наблюдении (6,5±0,2 лет) припадки отсутствуют у одного больного, значительное урежение — также у 1. В одном наблюдении в течение первого года после операции было два эпилептических припадка, которые появились в связи с перерывом в лечении антиконвульсантами. Редкие (3—6 в год) припадки наблюдались в первые два года у трех больных.

Таким образом, бесприпадочный период в последние 5 лет отмечен у 5 из 6 больных. Несмотря на благоприятную динамику эпилептических припадков, улучшение психического состояния отмечено только у одного больного.

У 4 из 5 больных с психозом, в структуре которого ведущими являлись аффективные нарушения, несмотря на отсутствие припадков в течение 5 лет, улучшения в психическом состоянии не наблюдалось: у 1 больного — стационарное течение психоза и у трех — значительное ухудшение (злокачественное течение эпилептического психоза и нарастание грубой деменции). У двух больных мы отметили появление корсаковского амнестического синдрома. Кроме того, у двух больных с ухудшением психического состояния в клинической картине психоза наблюдалась трансформация синдромов: переход из псевдогипоманиакального в синдром расторможенности (1), из депрессивного — также в синдром расторможенности (1). У двух больных клиника психоза не претерпела существенных изменений. Все больные продолжают находиться на лечении в психиатрической больнице.

Таким образом, больных височной эпилепсией с затяжными эпилептическими психозами, протекающими на фоне деменции с тяжелыми изменениями личности, следует считать непоказанными для хирургического лечения.

Глава VI посвящена ближайшим и отдаленным результатам хирургического лечения больных височной эпилепсией, а также вопросам реабилитации, диспансерного наблюдения и медикаментозной терапии оперированных больных.

Приведены результаты катемнестических наблюдений 82 оперированных больных в сроки от 1,5 до 8 лет после операции частичной резекции височной доли.

По результатам хирургического лечения мы распределили больных на 4 группы. Первую группу составили больные с практическим выздоровлением — аура и припадки отсутствуют, полное исчезновение психических расстройств, полная социальная

адаптация (28 больных). Ко второй группе мы отнесли больных с явным улучшением — отсутствие припадков или их урежение (3—6 в год), улучшение психического состояния и восстановление трудоспособности (28 больных). Третью группу составили больные с незначительным улучшением — прежняя частота припадков или их урежение с отсутствием положительной динамики психопатологической картины без улучшения трудоспособности (20 больных). Наконец, четвертую группу составили больные с ухудшением — значительное ухудшение психического состояния и социальная декомпенсация (6 больных).

Из таблицы 2 видно, что после операции практическое выздоровление было отмечено в основном у больных с незначительными психическими нарушениями. У больных второй группы (с выраженными психическими нарушениями) отсутствие эпилептических припадков привело к практическому выздоровлению

Таблица 2

Катамнез 82 больных височной эпилепсией после частичной резекции височной доли по данным комплексной оценки и в зависимости от динамики эпилептических припадков

Динамика припадков	Комплексная оценка состояния больного после операции									
	I группа (с незначительными психическими нарушениями)					II группа (с выраженными психическими нарушениями)				
	практическое выздоровление	улучшение	без изменений	ухудшение	всего	практическое выздоровление	улучшение	без изменений	ухудшение	всего
Отсутствие припадков	25	3	—	—	28	3	6	1	—	10
Припадки в первые 1—2 года после операции	—	4	—	1	5	—	4	1	3	8
Возобновление припадков и ауры только при отмене медикаментозного лечения	—	3	—	—	3	—	1	1	—	2
Редкие припадки частотой 3—6 в год, несмотря на лечение	—	6	—	—	6	—	1	1	—	2
Незначительное урежение припадков	—	—	6	—	6	—	—	9	1	10
Без изменений	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1
Всего	25	16	7	1	49	3	12	13	5	33

Примечания: 1. Цифрами обозначено число больных 2. Комплексная оценка состояния больных после операции включала динамику припадков, психических нарушений и социальную адаптацию больных.

только у 3 из 10 больных. Кроме того, в группах без изменений и ухудшением отмечалась благоприятная динамика эпилептических припадков, а психические нарушения оставались без изменения или значительно прогрессировали.

При оценке эффективности оперативного лечения у больных второй группы следует иметь в виду, что психические нарушения регрессируют значительно медленнее, чем судорожные пароксизмы. Кроме того, большинство больных второй группы в течение первого года после операции обнаруживали ряд дополнительных психических нарушений: расторможенность, агрессивность, негативизм, депрессивные состояния, склонность к бредовым интерпретациям, отказ от противосудорожной терапии. В связи с этим часть больных после операции находилась на лечении в психиатрической больнице. Поэтому оценка эффективности операции должна проводиться на протяжении нескольких лет после хирургического вмешательства.

Социальная реадаптация.

Таблица 3

Динамика трудоспособности у больных, оперированных по поводу височной эпилепсии

Показатели трудоспособности	I группа (с незначительными психическими нарушениями)		II группа (с выраженными психическими нарушениями)	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Трудоспособны в своей профессии или приобрели новую	4	18	—	5
Трудоспособны, но вынуждены из-за болезни выполнять более легкую работу	7	4	—	—
III группа инвалидности	10	8	—	5
II группа инвалидности	8	5	19	12
I группа инвалидности	1	—	6	6
Всего	30	35	25	28

Примечание. В таблицу дополнительно включены 8 больных, достигшие 18 лет.

Из представленной таблицы 3 видно, что трудоспособность значительно улучшилась у 19 больных после оперативного вмешательства. Следует отметить значительное улучшение социальной реадаптации: 5 больных вступили в брак и имеют семью; многие больные активно участвуют в общественной жизни, и 4 больных учатся в высших учебных заведениях. Часть больных в

течение 1—2 лет находилась на II или III группе инвалидности, а в дальнейшем при благоприятной динамике эпилептических припадков они постепенно приступили к работе.

Все дети из I группы (с незначительными психическими нарушениями) после операции смогли продолжить обучение в школе. В течение 1—2 лет почти у всех детей наблюдался стойкий церебрастенический синдром, 5 больных были вынуждены временно прервать учебу.

Двое больных окончили X классов, 1 больной учится в X классе, 3 — в IX классе, 1 — в VIII классе, 1 — вVII классе, 3 — в VI классе. Окончили 8—10 классов и работают на производстве 7 больных.

У детей 2 группы (с выраженными психическими нарушениями) обучение в школе после операции смогли продолжить 4 из 8 больных (один из них — в школе для умственно отсталых детей). Один больной окончил VIII классов, двое — VII классов. Трое больных работают: один сантехником, а двое—подсобными рабочими. Остальные 5 больных являются нетрудоспособными

Диспансерное наблюдение и медикаментозная терапия в ближайшем и в отдаленном периодах после хирургического лечения.

Все больные, подвергнутые хирургическому лечению, должны находиться в дальнейшем на диспансерном учете. В первый год после оперативного вмешательства больной является, как правило, нетрудоспособным. Если больной учится, то необходимо предоставление академического отпуска. При благоприятной динамике эпилептических припадков (отсутствие или урежение припадков до 2—4 раз в год) и регрессе психических расстройств в дальнейшем возможен легкий труд, а учащиеся могут продолжать обучение.

Необходима преемственность в лечении больных, оперированных с целью удаления эпилептического очага. Лечение антиконвульсантами следует назначать всем больным в послеоперационном периоде. Выбор медикаментозной терапии и расчет дозы зависит от следующих моментов: точности обнаружения на ЭКоГ и ЭСКоГ границ эпилептического очага и радикальности его удаления.

Если на операции эпилептическая зона мозга удалялась полностью и послеоперационный период у оперированных больных протекал без особенностей, а на ЭЭГ обнаруживалась существенная динамика патологической активности в сторону уменьшения или исчезновения эпилептических разрядов, то в дальнейшем больным определялась поддерживающая терапия в виде комбинации барбитуратов с дифенином или тексамидином, равная 1/3—1/2 исходной дозы. Указанное лечение больные продолжали принимать в течение 2—3 лет, после чего при отсутствии на ЭЭГ очаговой или распространенной высокоамплитудной ост-

рой активности лечение отменялось путем постепенного снижения дозировки на протяжении следующего года.

В тех же случаях, где из-за трудностей анатомического подхода или функциональной значимости зоны поражения эпилептический очаг удалялся не полностью, а на ЭЭГ в послеоперационном периоде оставалась фокальная эпилептическая активность, больным как в ближайшем послеоперационном, так и в течение длительного времени в последующем назначалось противосудорожное лечение в полной дозе. При этом те же антиконвульсанты в послеоперационном периоде давали положительный эффект.

Больным с колебаниями настроения, особенно тем, у кого до хирургического лечения отмечались дисфории, мы к противосудорожной терапии присоединяли транквилизаторы (элениум, седуксен и тегретол). Больным с выраженными изменениями личности, склонным к аффективным реакциям с нарушением поведения, противосудорожная терапия комбинировалась с нейролептическими средствами (курсами): тизерцином — 25—50 мг в сутки, аминазином — 50—150 мг в сутки в течение не менее года.

В настоящее время не получают лечение 22 больных (27%), поддерживающую терапию принимают 9 больных (11%).

В комплексной терапии после оперативного лечения мы широко применяли витамины. По показаниям проводились курсы дегидратационной терапии (магнезия, новурит, диакарб, гипотиазид). Применяли также и рассасывающую терапию (алоэ, фибс, бийохиноль и др.).

Часть больных с отсутствием эффекта от хирургического лечения была повторно обследована в клинике. Шести больным было повторно введено 40—60 см^3 воздуха эндолюмбально, и в дальнейшем при проведении массивной противосудорожной, дегидратационной и рассасывающей терапии был получен хороший эффект у трех больных.

Больные с наследственной отягощенностью, так же как и больные, обнаруживающие на ЭЭГ после операции явления гиперсинхронизации биопотенциалов, должны продолжать прием противосудорожных средств в поддерживающей дозе в течение 5 и более лет.

Таким образом, после операции полное практическое выздоровление достигнуто у 28 больных, улучшение — у 28, ухудшение — у 6, без изменений — у 20. При этом необходимо иметь в виду, что до хирургического вмешательства систематическая консервативная терапия не давала эффекта, а психическое состояние больных прогрессивно ухудшалось, причем больных с выраженными психическими нарушениями до операции было 42% (33 больных).

Однако уменьшение частоты эпилептических припадков у некоторых больных еще не говорит об эффективности вмешатель-

ства в целом. У большинства больных при полном прекращении припадков закономерно отмечался и регресс психических расстройств. Поэтому комплексная оценка различных показателей состояния больных эпилепсией, разработанная в нашей клинике, более полно и объективно отражает эффективность оперативного лечения. На основании наших данных лучшие результаты получены в группе с незначительными психическими нарушениями (I группа): практическое выздоровление и значительное улучшение наблюдалось у 41 из 49 больных. Во второй группе больных с выраженными психическими нарушениями результаты были значительно скромнее и соответственно составляли: практическое выздоровление и улучшение были получены только у 15 из 33 больных. Разница в сравниваемых группах статистически достоверна ($P<0,01$).

Обращает на себя внимание значительное число улучшений психического состояния после хирургического вмешательства у детей по сравнению со взрослыми. Так, в группе детей практическое выздоровление и значительное улучшение были получены у 20 из 24 больных. Они смогли продолжить обучение в школе и стать полноценными членами общества с полной социальной адаптацией.

Хирургический метод лечения височной эпилепсии с четкими очаговыми изменениями при отсутствии успеха от длительной консервативной терапии является эффективным. В подавляющем большинстве случаев прекращение или значительное урежение припадков после операции благотворно влияет на все другие проявления эпилепсии, в том числе и на психическое состояние больных и социальную адаптацию. Однако лучшие результаты получены у больных без грубых психических нарушений с сохранными профессиональными навыками, оперированных в молодом возрасте, с давностью заболевания до 10 лет.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ:

1. Характерной для психопатологии височной эпилепсии является психосензорная аура с ее вариантами. Также типичны и аффективные нарушения с отрицательной эмоциональной окраской — переживания тоски и страха, нарушения памяти преимущественно на текущие события, постприпадочные сумеречные состояния сознания — «кратковременные постприпадочные сумеречные состояния с автоматизмами». Эпилептические психозы с затяжным течением отличаются полиморфизмом психопатологических проявлений и преобладанием в клинической картине аффективных нарушений. Некоторые психические нарушения (психосензорная аура, эмоциональные расстройства, нарушения памяти) могут быть использованы для ориентации в топической диагностике эпилептического очага.

2. Оперативное лечение может быть рекомендовано больным с монотемпоральной эпилепсией при прогрессировании процесса и присоединении психических нарушений.

3. Сумеречные состояния сознания и дисфории не являются противопоказанием к оперативному вмешательству у больных височной эпилепсией. Лучший эффект был у больных с аффективной неустойчивостью и расторможенностью. Возможно проведение радикального вмешательства и у больных со снижением интеллекта по типу олигофренического слабоумия.

4. Больные височной эпилепсией с грубыми расстройствами памяти, слабоумием и эпилептическими психозами с затяжным течением не являются показанными для хирургического лечения.

5. Лучшие результаты хирургического лечения были получены у больных височной эпилепсией с незначительными психическими нарушениями до операции. Прекращение эпилептических припадков после хирургического лечения у больных первой группы (с незначительными психическими нарушениями) приводит в основном и к улучшению психического состояния.

6. Успешно проведенное хирургическое лечение улучшает трудоспособность и социальную реадаптацию. Лучшие результаты хирургического лечения были получены у детей и подростков.

7. После хирургического лечения больные подлежат диспансерному наблюдению с обязательным электроэнцефалографическим исследованием в динамике и нуждаются в продолжении медикаментозной терапии. При благоприятной динамике эпилептических припадков и показателей электроэнцефалограммы лечение должно продолжаться не менее 3 лет, а при наследственной отягощенности и выявлении на электроэнцефалограмме гиперсинхронизации биопотенциалов — более 5 лет. Больные с выраженными психическими нарушениями после операции нуждаются в дальнейшем в проведении комбинированной терапии противосудорожными и психотропными средствами.

8. Хирургический метод лечения височной эпилепсии с четкими очаговыми изменениями может быть рекомендован при отсутствии эффекта от длительной (не менее 2 лет) консервативной терапии. В подавляющем большинстве случаев прекращение или значительное урежение припадков после операции благотворно влияет на все другие проявления эпилепсии, в том числе и на психическое состояние и социальную приспособляемость больных.

Опубликованные работы по теме диссертации:

1. Значение психических нарушений у больных височной эпилепсией в аспекте хирургического лечения. Материалы Всесоюзной и V Свердловской областной конференции невропатологов, психиатров и нейрохирургов. Свердловск, 1970. 85—87 (совместно с Б. Н. Бейном).

2. К вопросу о значении состояния типа «уже виденного» в диагностике височной эпилепсии. Там же, Свердловск, 1970, 93—95 (совместно с Э. И. Ивановым и Б. Н. Бейном).

3. Хирургическое лечение височной эпилепсии. Там же. Свердловск, 1970, 114—116. (совместно с Д. Г. Шефером, Ю. И. Беляевым, Э. В. Ивановым, Б. Н. Бейном и А. С. Ивановой).

4. Отдаленные результаты хирургического лечения височной эпилепсии методом частичной резекции височной доли. Вопросы нейрохирургии, 1970, 3 17—24 (совместно с Д. Г. Шефером, Ю. И. Беляевым и Б. Н. Бейном):

5. Динамика психических расстройств и нарушения высших корковых функций у больных височной эпилепсией после односторонней лобэктомии в раннем послеоперационном периоде. В кн.: Материалы конференции молодых нейрохирургов, М., 1970, 193—195 (совместно с Б. Н. Бейном).

6. Дисфории в клинике височной эпилепсии и их динамика при хирургическом лечении. В кн.: Височная эпилепсия. Тюмень, 1970, 91—94.

7. Об особенностях синдрома Клювера—Бюси. Врачебное дело, 1970, 11, 124—127 (совместно с Д. Г. Шефером и Б. Н. Бейном).

8. Тактика медикаментозной терапии больных височной эпилепсией в ближайшем и отдаленном периоде после хирургического лечения. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, 3, 390—395 (совместно с Б. Н. Бейном и Ю. И. Беляевым).

9. Диагностика и хирургическое лечение височной эпилепсии. Методическое письмо. Свердловск, 1971 (совместно с Д. Г. Шефером и Б. Н. Бейном).

10. Роль психических нарушений в определении показаний и оценке результатов хирургического лечения больных височной эпилепсией. В кн.: Труды I Всесоюзного съезда нейрохирургов, М., 1971, т. 3, 30—34.

11. Опыт работы противоэпилептического центра в нейрохирургической клинике. Советская медицина, 1972, 1, 118—122 (совместно с Д. Г. Шефером, Б. Н. Бейном, В. В. Скрябиным).

12. О хирургическом лечении больных височной эпилепсией с выраженными психическими нарушениями. Вопросы нейрохирургии, 1972, 2, 26—31 (совместно с Б. Н. Бейном).

13. Показания к хирургическому лечению резистентных форм височной эпилепсии. Вопросы нейрохирургии. 1972, 6, 48—53 (совместно с Д. Г. Шефером, Б. Н. Бейном, В. В. Скрябиным, А. С. Ивановой).

Подписано к печати 21/VI-73 г. Формат 60×90 1/16
Объем 1,5 п. л. Тираж 250 Заказ 49

Цех № 1 объединения «Полиграфист», г. Свердловск, ул. М.-Сибиряка 145