

**С.В. Афанасьев, Д.М. Менделевич (Казань).
Особенности вербального галлюциноза при органическом поражении теменной области головного мозга**

Анализ психических нарушений при очаговых поражениях — один из магистральных путей исследования деятельности головного мозга. Связывая психопатологическую картину с поражением того или иного участка в головном мозге, не следует сводить ее ни к узколокализованной обусловленности, ни к игнорированию роли локального фактора. Обнаружив с помощью клинического неврологического и параклинического метода исследования (ЭЭГ) у 60 больных с органическим заболеванием сосудистого, травматического и инфекционного генеза преимущественное поражение теменной области, мы попытались выявить особенности клинической картины вербального галлюциноза (ВГ) с точки зрения структурно-динамического анализа, разработанного одним из авторов этой работы. Многолетнее наблюдение за больными с ВГ при органических поражениях головного мозга показывает, что наиболее значимыми параметрами этого синдрома являются его структурные особенности и динамика. В структуре ВГ выделяют степень сложности построения галлюцинаторной речи (элементарность, усложненность, сложность) и количество галлюцинаторных образов (моно- и поливокальность). По динамике галлюцинаторного синдрома различают стабильный, ундулирующий, пароксизмальный.

При вовлечении в патологический процесс теменных и теменно-затылочных областей головного мозга, по мнению многих исследователей, особенно ярко выражены нарушения синтеза восприятия собственного тела и окружающего мира с психосенсорными и деперсонализационными расстройствами, а также галлюцинаторные феномены. При органическом поражении теменной области мозга вербальные галлюцинации отличаются наибольшей изменчивостью как по структуре, так и по течению по сравнению с поражениями, локализованными в других областях мозга. Мы наблюдали при этой локализации поражения и поливокальный сложный (60%) и моновокальный усложненный или элементарный галлюциноз (40%). По течению был преимущественно ундулирующий галлюциноз (70%), реже — пароксизмальный (25%), крайне редко — стабильный (5%).

Пароксизмальный галлюциноз в виде окликов по имени, отдельных бранных слов сопровождался страхом. Несмотря на многолетнее течение заболевания, каждое появление галлюцинаций вызывало тревогу, потребность оглянуться, убедиться в том, что никого вокруг нет. Особенностью галлюциноза при поражении теменной области было акустическое своеобразие обманов восприятия. У 40% больных галлюцинаторные голоса носили вибрирующий или ритмический характер (“отдает в голову”, “как ударяет”). Восемь больных жаловались на необычный харак-

тер голосов: они звучали то гулко (“как в пустой комнате”), то, как эхо, повторялись несколько раз с затуханием громкости. Пять больных слышали приглушенные голоса (“как через платок”, “как удушенный”, “под сурдинку”). Как правило, у одного и того же больного акустическая характеристика галлюцинаций была однотипной и не менялась от обострения к обострению. Если в периоде консолидации синдрома голоса носили ритмический характер, то эта особенность сохранялась на протяжении всех лет болезни. Только при поражении теменной области мы встречали (25%) такое своеобразие ВГ, как изменение четкости восприятия галлюцинаторной речи (голоса то уплывали, то усиливались, как при настройке радиоприемника). В ряде случаев (40%) вербальные галлюцинации сочетались с элементарными слуховыми обманами восприятия. Больные слышали писк мышей, хруст разрываемой бумаги. В отличие от галлюцинаций, встречающихся при поражении височной области, разные виды обманов восприятия при поражении теменной области не объединяются одной фабулой, причем к одним из обманов восприятия у них имеется критическое отношение, к другим оно ослаблено. Лишь в периоды обострения заболевания галлюцинаторные переживания принимают сценноподобный характер. В этих случаях структура галлюциноза может усложняться не только до связной галлюцинаторной речи, но и до развития необычных форм галлюцинаций — пения и музыки.

При поражении теменной области галлюцинаторный синдром у 45% больных сочетался с психосенсорными и оптико-вестибулярными нарушениями, но последние как бы сосуществовали с галлюцинозом и за редким исключением не включались в его структуру, не накладывая отпечаток ни на динамику, ни на содержание галлюциноза.

Таким образом, изложенные выше клинические особенности ВГ при поражении теменной области головного мозга могут быть использованы для понимания вопросов, связанных с мозговой организацией психических функций, более глубокой оценки клинических проявлений заболевания, его прогноза, лечения и реабилитации больных.

УДК 616.155.392.8+618.19—006.6

О.И. Коновнин, В.В. Кириллов, В.Д. Дмитриев (Набережные Челны). Сочетание миеомной болезни с раком молочной железы

По современным представлениям, миеомная болезнь является заболеванием, близким по своему происхождению к опухолям. Повышенная частота эпителиальных опухолей у больных со множественной миеомой обсуждается в литературе с начала 60-х годов. Отдельные авторы пришли к заключению, что миеома повышает риск развития второй опухоли независимо от результатов лечения. Частота прижизненно распознаваемых комбинаций миеома—рак составляет около 2%.