

Некоторые дискуссионные вопросы топической диагностики клинической неврологии Михайленко

А.А., Гусева Н.А., Аношина Е.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Топическая диагностика нервных болезней – совокупность приемов распознавания локализации патологического очага в нервной системе. Широко распространено и достаточно обосновано суждение о том, что именно неврологии наиболее глубоко и всесторонне разработаны и исследованы вопросы топической диагностики заболеваний и травм нервной системы.

Х.Г. Ходос (1974) оптимистично констатировал: «В спинном мозге обычно удается уверенно определить пораженный сегмент. В области мозгового ствола топический диагноз нередко ставится с точностью до нескольких миллиметров. Во многих других отделах нервной системы также удается точно диагностировать место поражения» (с. 174) [5]. А далее следовал принципиального характера комментарий. Во-первых, топическая диагностика – это распознавание местонахождения патологического очага, а не центра физиологической функции: «Это две разные проблемы, хотя и близкие одна другой». Высказанное суждение находит подтверждение в убедительной иллюстрации, свидетельствующей о системной организации мозговых функций, о сложности внутрислоушарных и межполушарных взаимоотношений, – в предлагаемой схеме межполушарного взаимодействия на последовательных этапах обработки речевой информации [6]. Восприятие речи («схватывание глобального (общего) смысла) осуществляется постцентрными отделами правого полушария. Заднелобные отделы левого полушария выделяют «скелет» речи (предикаты). Постцентрные отделы левого полушария «обшивают скелет» конкретными значениями. В префронтальных отделах слева происходит выделение обобщенного смысла полученного высказывания, а в префронтальных отделах справа – оценка личностного смысла сообщения.

вопросе узкой локализации мозговых функций остроумен был М. Критчли (1974): значительно ограничивать локализацию, в частности, творческого мышления равносильно признанию местом локализации жизни у Ахиллеса пята, так как ее повреждение грозило смертью [1].

Во-вторых, возможности топической диагностики постепенно расширяются, углубляются, уточняются и дополняются, в том числе и потому, что привлекаются разнообразные вспомогательные диагностические методы.

Однако история изучения и внедрения в клиническую практику критериев топической диагностики изобилует энергичными и яростными дискуссиями о диагностической роли таких критериев, симптомов, синдромов. Возможно, одной из причин их возникновения было недопонимание приведенных выше принципиальных научных постулатов.

(Сколько было сломано копий при определении диагностической значимости таких клинических феноменов, как патологические рефлексы, варианты чувствительных расстройств, экстрапирамидная симптоматика).

Ярким примером подобного рода дискуссии может служить эпизод с изучением П. Мари морфологических препаратов наблюдения П. Брока, послужившего ему основанием для локализации центра моторной афазии в заднем отделе нижней лобной извилины слева. Далее будет установлено, что это правомерно только для правой, а у леворуких аналогичный центр располагается в правом полушарии. Еще позже будет открыт синдром перекрестной афазии у правой, который до настоящего времени не имеет всестороннего патогенетического обоснования.

П. Мари установил, что в случае Брока патология выходила за пределы левой третьей лобной извилины. Кроме того, он сообщал о своих наблюдениях случаев моторной афазии, когда в зоне Брока вовсе отсутствовали патологические изменения. На этом основании П. Мари отвергал сопряжение зоны Брока с клиническими проявлениями моторной афазии. Аналогичной точки зрения придерживались F. Moutier, E. Niessl von Mayendorf и др [4].

И.М. Тонконогий сообщал о значительной группе литературных наблюдений разных авторов, когда при поражении задних отделов третьей лобной извилины доминантного полушария моторная афазия не выявлялась либо носила скоропреходящий характер [4].

П. Мари пришел к выводу о наличии единой афазии при различных локализациях патологического очага (в значительно расширенной им зоне Вернике) и отрицанию роли зоны Брока для реализации речевой функции. Эта позиция вызвала резкие возражения.

Отсутствие моторной афазии при поражении речевого центра исследователи объяснили возможностью активного функционирования рядом расположенных речевых полей для компенсации афатических расстройств (нижние отделы центральных извилин, островок и др.)

W. Penfield, L. Roberts (1959) находили сходными нарушения речи при электрическом раздражении в задне-нижне-лобной, задне-височно-теменной, задне-верхне-лобной областях доминантного полушария [4]. Сходство симптомов при различных вариантах и формах афазии объясняют тем, что речь – «единая функциональная система с тесной взаимозаменяемостью в деятельности ее отдельных сторон» (с. 222). Однако, И.М. Тонконогий (1968) настаивал: тщательный, обстоятельный и полноценный клинический анализ афазии позволяет выявлять, наряду с общеафатическими признаками, индивидуальные симптомы, характерные для каждого конкретного варианта моторной (сенсорной) афазии. Автор был убежден, что возможность изолированного поражения задних

отделов нижней лобной извилины без развития афазии или с преходящей афазией не может служить достаточным основанием для отрицания роли области в деятельности речевой функциональной системы.

наши дни, когда в повседневную клиническую практику широко внедрены методы нейровизуализации, нередко обнаруживается несоответствие между клиническим представлением о локализации патологического очага и результатами нейровизуализационного исследования. Иногда специалисты, которые по мнению известного невролога П. Дууса детальному клиническому осмотру предпочитают рассматривание «картинок» [3], обнаруживаемое несоответствие неправомерно трактуют как аргумент о несостоятельности клинического метода топической диагностики.

Во-первых, следует иметь в виду, что отсутствие макроскопических изменений в левой нижней лобной извилине не исключает достаточно частого выявления гистологическим методом в области Брока средней и грубой степени выраженности патологических изменений. Во-вторых, необходимо четко представлять используемый вариант топической диагностики – «студенческий», излагаемый в учебных пособиях, или вариант, который используют опытные специалисты. В частности, сегодня принято в рамках моторной афазии выделять такие формы, как афферентная (поражение верхних отделов теменной доли доминантного полушария), эфферентная (поражение зоны Брока), динамическая, транскортикальная (патология лобной доли), субкортикальная и др. Исключительно важно, что клиническая характеристика каждого варианта (со свойственным ему индивидуальным местонахождением) имеет ряд достаточно специфических признаков, позволяющих проводить их дифференциальную диагностику.

Сходные данные об участии речевых полей, соседних с пораженной речевой областью, в компенсации нарушений речи имеет место и в наблюдениях сенсорной афазии.

Не менее ярким примером в рамках рассматриваемой проблемы является дифференцированный анализ патологических вариантов апраксии [2].

Принято считать, что в левой нижней теменной доле располагается центр праксии. Однако, это достаточно поверхностное («студенческое») представление.

Установлено, что сложные, целенаправленные, выработанные в процессе онтогенеза моторные акты (праксии) формируются и реализуются при сохранности и нормальном функционировании: а) кинестетической (афферентной) основы движения; б) кинетической (эфферентной) основы движения; в) зрительно-пространственной ориентации движений; г) программирования движений.

Кинестетической компонент движения нарушается при поражении полей 6, 8, 44; нарушение в системе пространственных координат – при поражении нижней теменной доли; поражение полюса лобной доли влечет утрату программы действия (утрачивается «модель потребного будущего»). Каждый вариант нарушения праксиса имеет определенный клинический эквивалент. Таким образом, понятие центра праксии «расплывается» от полюса лобной доли до затылочной.

Таким образом, сопряжение клинических проявлений экспрессивной речи с зоной Брока, а праксиса с нижней теменной долей – это первый этап приблизительной локализации патологического очага. Далее следует дифференцировать и устанавливать вариант афазии или апраксии, которому соответствуют в полной мере клинические проявления.

Следовательно, углубление и уточнение разных аспектов топической диагностики в неврологии определяется в том числе более дифференцированным использованием диагностических критериев нарушения определенной грани физиологической функции, для каждого конкретного варианта. Это послужит адекватной трактовке периодически возникающих расхождений между клиническими представлениями о локализации патологического очага и результатами дополнительных методов диагностики, в частности, нейровизуализационными результатами исследования. Результаты дополнительных диагностических методов не отвергают и не дискредитируют клинический метод топической диагностики, а позволяет его уточнять, дополнять и совершенствовать.

Литература

- Критчли, М. Афазиология. Пер. с англ. М. Критчли. – М: Медицина, 1974.-232 с.
Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. / А.Р. Лурия. – СПб: «Питер», 2008. – 624с.
Макарова, В.А. И.Я. Раздольский / В.А. Макарова, А.Ю. Макаров, С.А. Громов. – СПб: изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 45 с.
Тонконогий, И.М. Инсульт и афазия / И.М. Тонконогий. – Л: Медицина, 1968. – 268с.
Ходос, Х.Г. Нервные болезни / Х.Г. Ходос. – М: Медицина, 1974. – 511с.
Цветкова, Л.С. Речь и правое полушарие головного мозга: афазия, аномия / Л.С. Цветкова, А.В. Цветков // Теор. и практ. обществен. развития. – 2014. – №3. – С. 70-74.