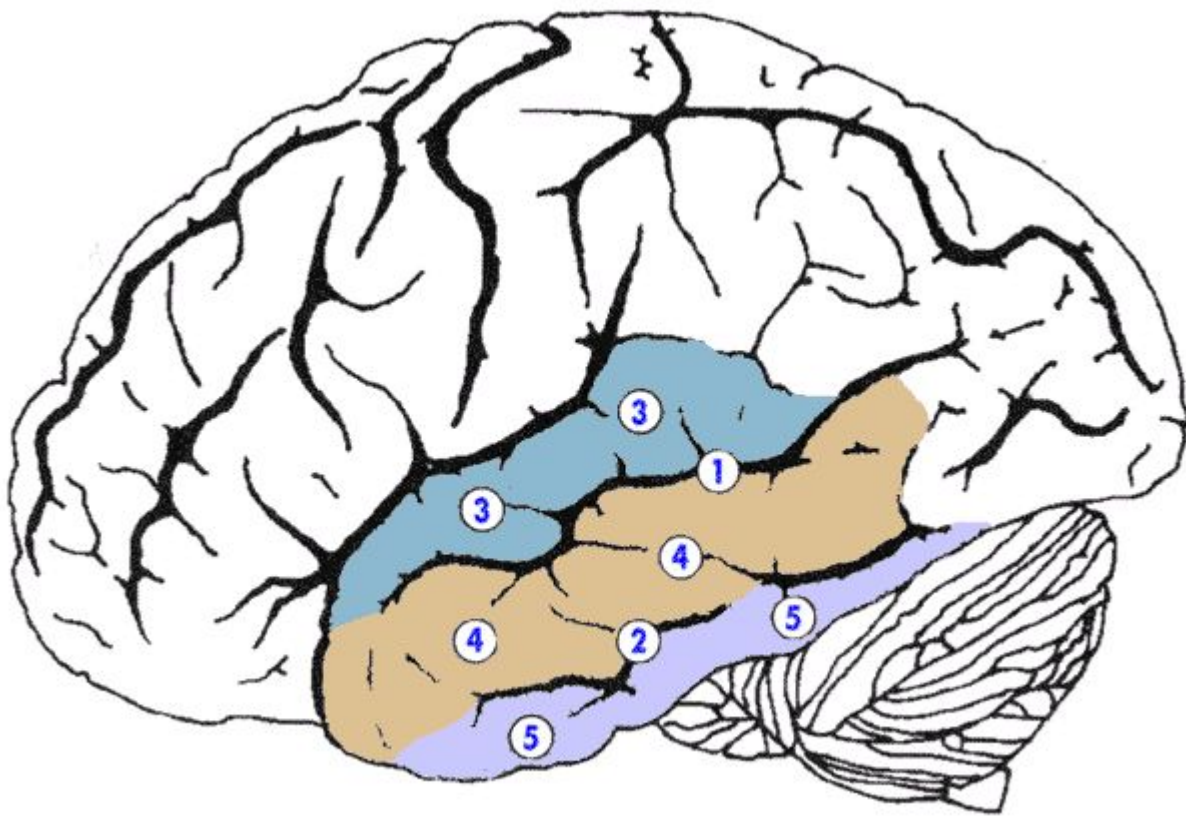




СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ





СТРОЕНИЕ:

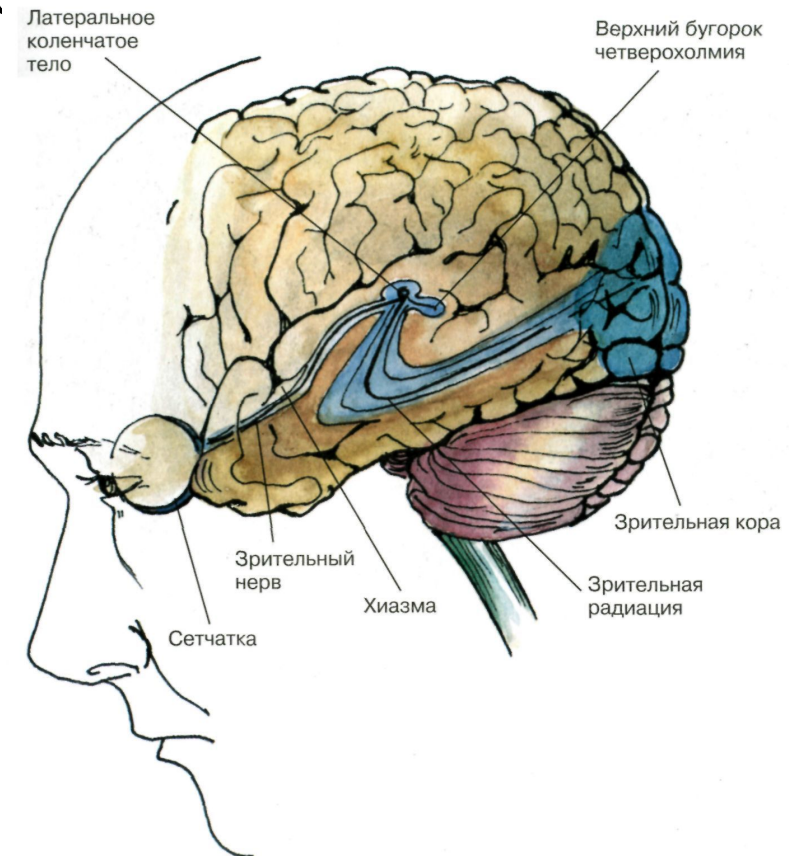
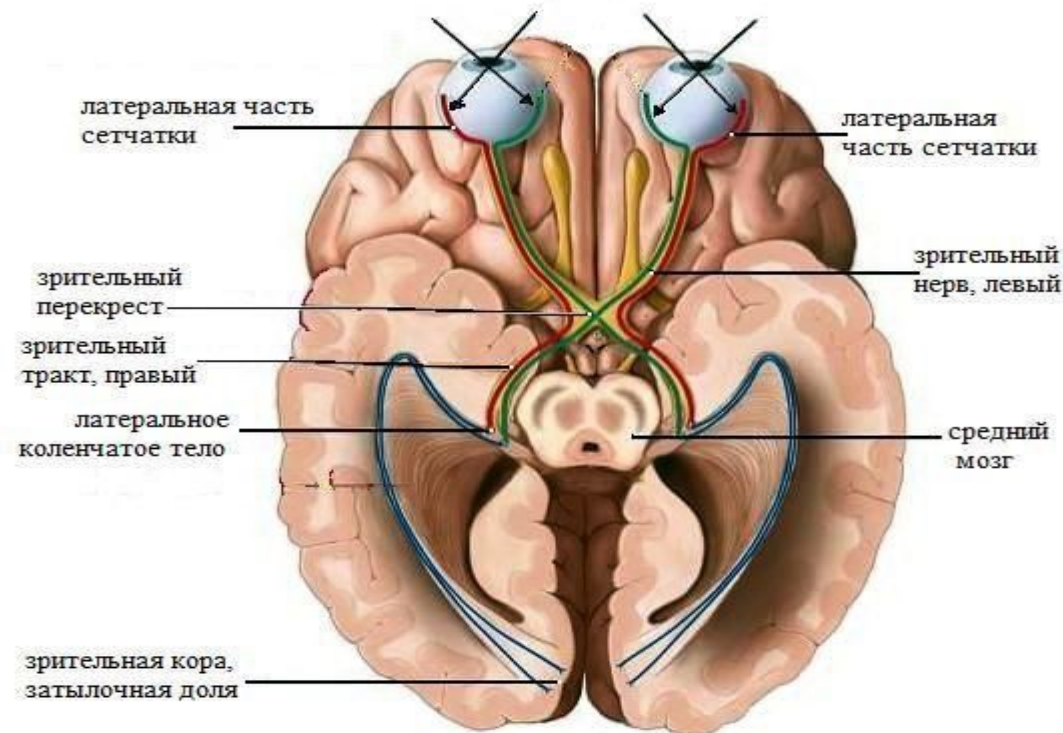
- 1** - ВЕРХНЯЯ ВИСОЧНАЯ БОРОЗДА (SULCUS TEMPORALIS SUPERIOR) ;
- 2** - НИЖНЯЯ ВИСОЧНАЯ БОРОЗДА (SULCUS TEMPORALIS INFERIOR) ;
- 3** - ВЕРХНЯЯ ВИСОЧНАЯ ИЗВИЛИНА (GYRUS TEMPORALIS SUPERIOR) ;
- 4** - СРЕДНЯЯ ВИСОЧНАЯ ИЗВИЛИНА (GYRUS TEMPORALIS MEDIUS) ;
- 5** - НИЖНЯЯ ВИСОЧНАЯ ИЗВИЛИНА (GYRUS TEMPORALIS INFERIOR) .

- Сильвиева борозда отделяет верхнюю и боковую поверхности височной доли от лобной доли и передних отделов теменной доли. Кзади височная доля соединяется с затылочной долей, а кверху и латерально — с теменной долей. Височную долю составляют верхняя, средняя и нижняя височная извилины, веретенообразная и гиппокампальная извилины и на верхней поверхности поперечная извилина Гешля, которая представляет зону слухового восприятия.



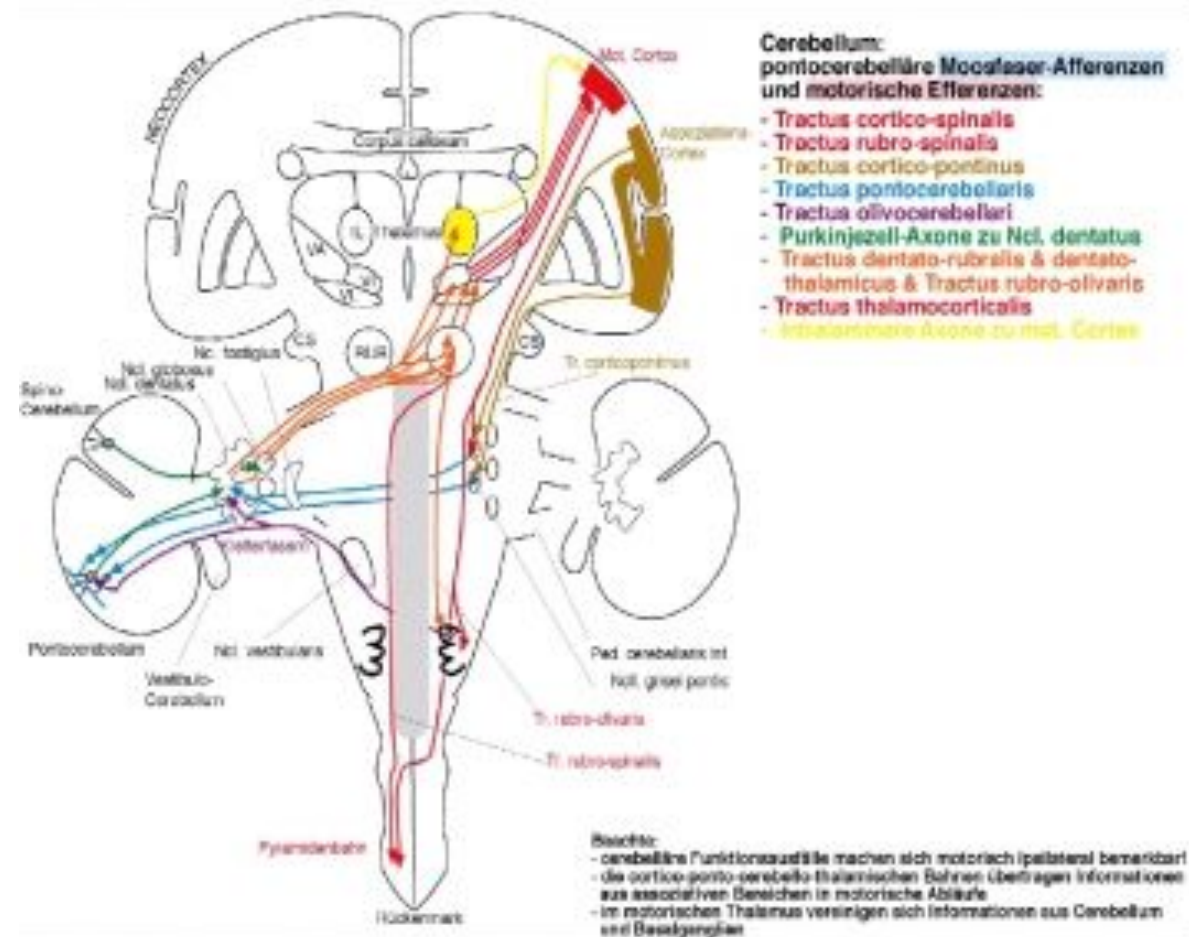
ПОРАЖЕНИЕ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

- Поражение височной доли правого полушария (у правшей) может не давать отчетливых симптомов. Все же в большинстве случаев удастся установить некоторые симптомы выпадения или раздражения, характерные для обоих полушарий.
- Квадрантная гемианопсия, переходящая постепенно при прогрессирующих процессах в полную одноименную гемианопсию противоположных полей зрения, является иногда одним из ранних симптомов поражения височной доли. Причина квадрантной гемианопсии лежит в неполном поражении волокон пучка Грациоле (radiation)

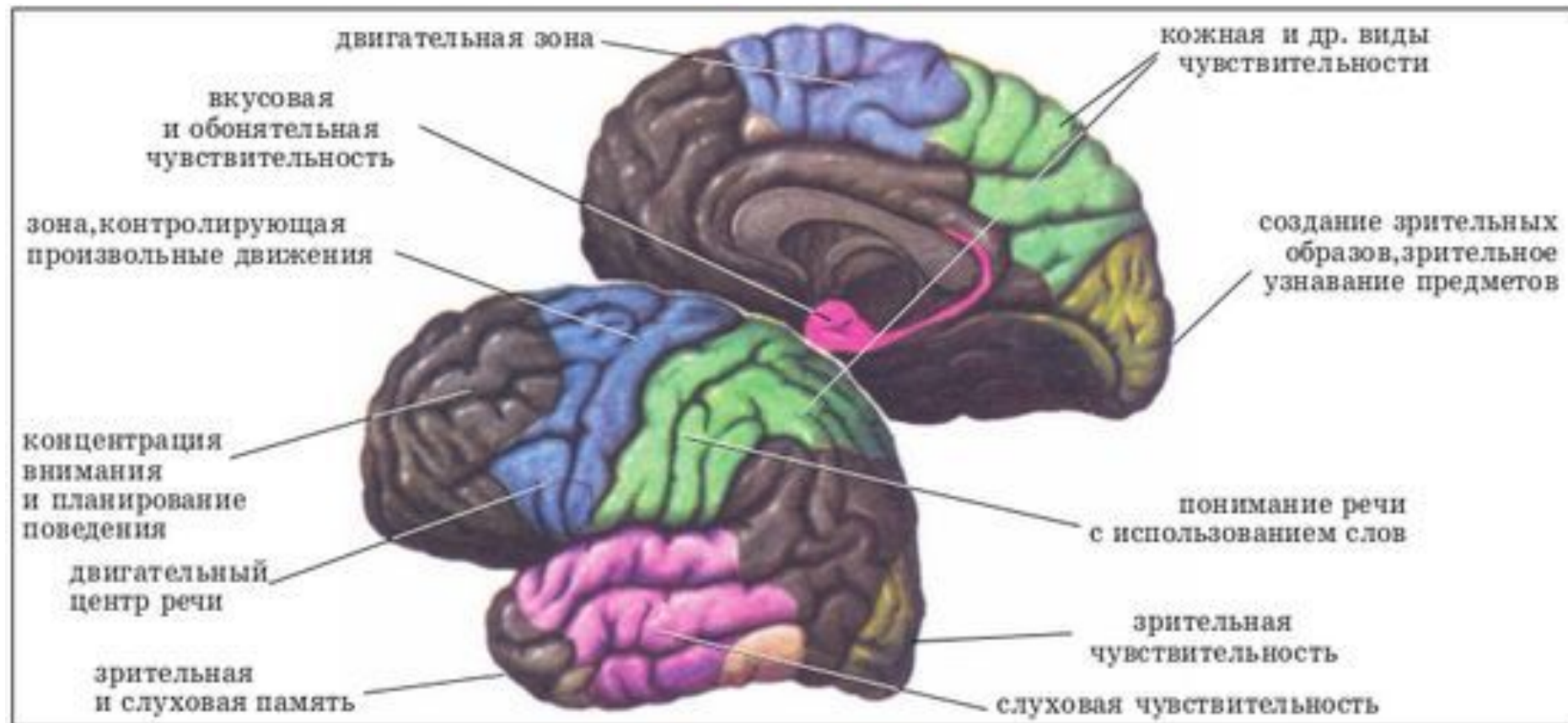


- Атаксия, резко выраженная (как и лобная) в туловище, вызывает главным образом расстройства стояния и ходьбы.

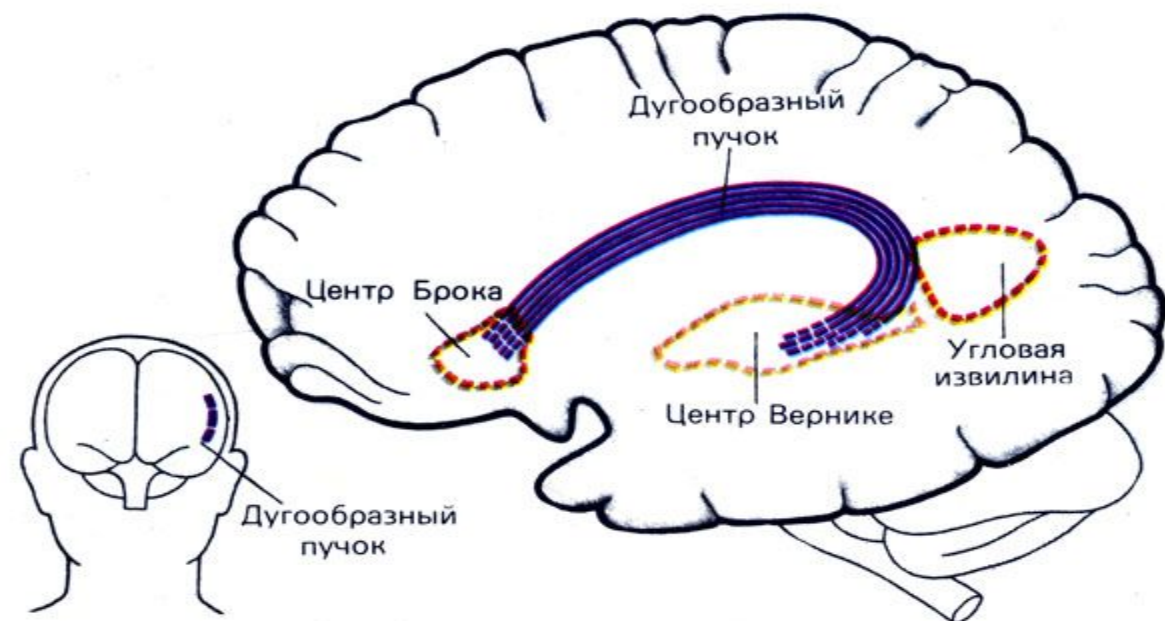
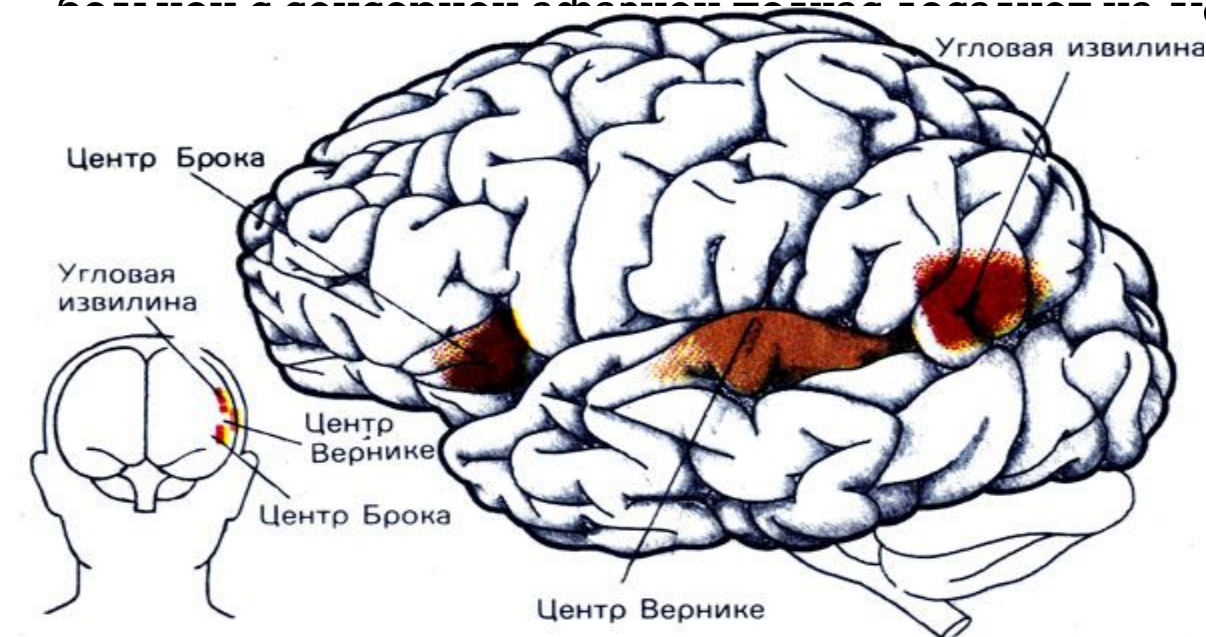
Отмечаются отклонения туловища и наклонность к падению кзади и в сторону, чаще противоположную пораженному полушарию. При пробе показания может наблюдаться промахивание кнути в противоположной очагу руке. Атактические расстройства при процессах в височной доле возникают в результате поражения тех областей, откуда начинается затылочно-височный путь моста (tractus cortico-ponto-cerebellaris), связывающий височную долю с противоположным полушарием мозжечка.



- *Слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации*, являющиеся иногда начальным симптомом («аурой») эпилептического припадка, суть проявления раздражения соответствующих анализаторов, локализующихся в височных долях. Разрушение этих чувствительных зон (одностороннее) заметных расстройств слуха, обоняния и вкуса не вызывает (каждое полушарие связано со своими воспринимающими аппаратами на периферии с обеих сторон — своей и противоположной).
- Довольно характерными для поражения височной доли следует считать приступы вестибулярно-коркового головокружения, сопровождающиеся ощущением нарушения пространственных соотношений больного с окружающими предметами (существует представление вестибулярного аппарата в коре височной доли); нередко сочетания такого головокружения со слуховыми галлюцинациями (гулы, шумы, жужжание).



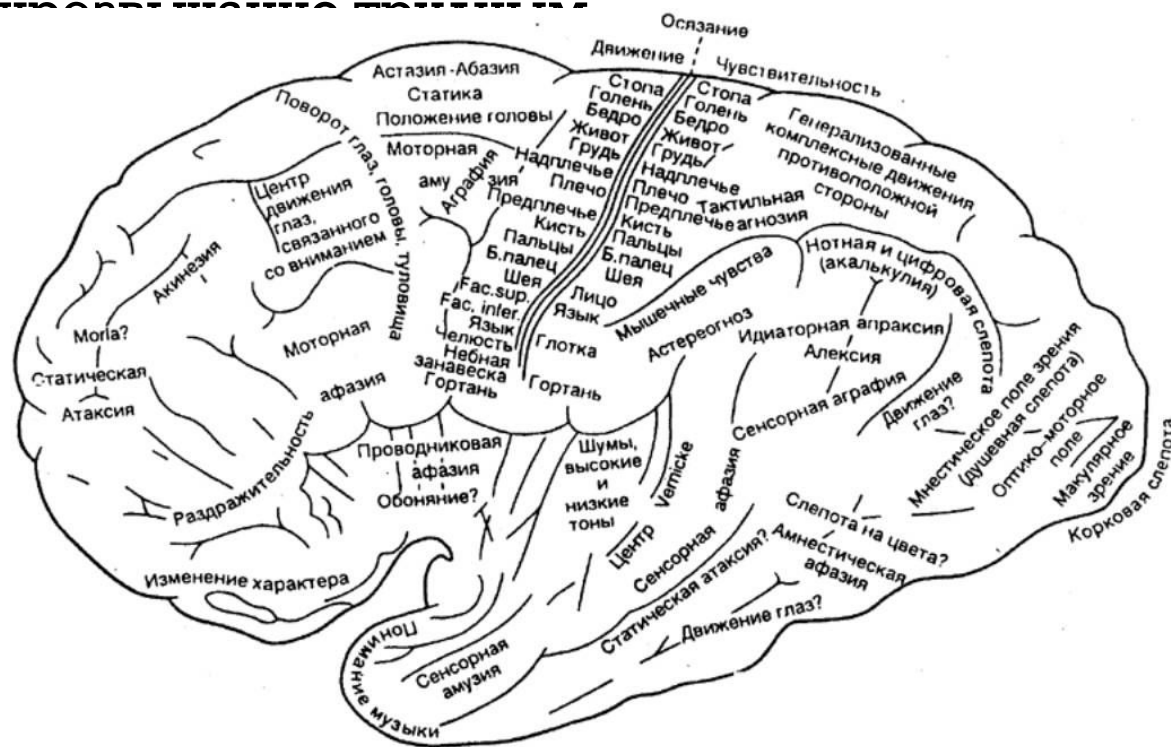
- В отличие от поражений правого полушария, очаги в левой височной доле (у правшей) часто влекут за собой тяжкие расстройства.
- Наиболее частым симптомом является *сенсорная афазия*, возникающая в результате поражения области Вернике, расположенной в заднем отделе верхней височной извилины. Больной утрачивает способность понимать речь. Слышимые слова и фразы не связываются с соответствующими им представлениями, понятиями или предметами; речь больному становится непонятной совершенно так же, как если бы с ним говорили на незнакомом ему языке. Установить с такого рода больным контакт с помощью речи чрезвычайно трудно: он не понимает, чего от него хотят, о чем его просят и что ему предлагают. Одновременно с этим расстраивается и собственная речь больного. В отличие от больного с моторной афазией, больные с поражением области Вернике могут говорить и часто отличаются излишней говорливостью и даже болтливостью, но речь становится неправильной; вместо нужного слова произносится ошибочно другое, заменяются буквы или неправильно расставляются слога. В тяжелых случаях речь больного становится совершенно непонятной, представляя собой бессмысленный набор слов и слогов («салат из слов»). Нарушение правильности речи, несмотря на сохранность области Брока, объясняется тем, что в результате поражения области Вернике выпадает контроль над собственной речью. Больной с сенсорной афазией не понимает не только чужую речь, но и свою: отсюда ряд ошибок, неправильностей и т.д. (парафазия). Дефектов своей речи больной не замечает. Если больной с моторной афазией досадует на себя и свою беспомощность в речи, то больной с сенсорной афазией, наоборот, не замечает своих ошибок, к которым не может прибегнуть.

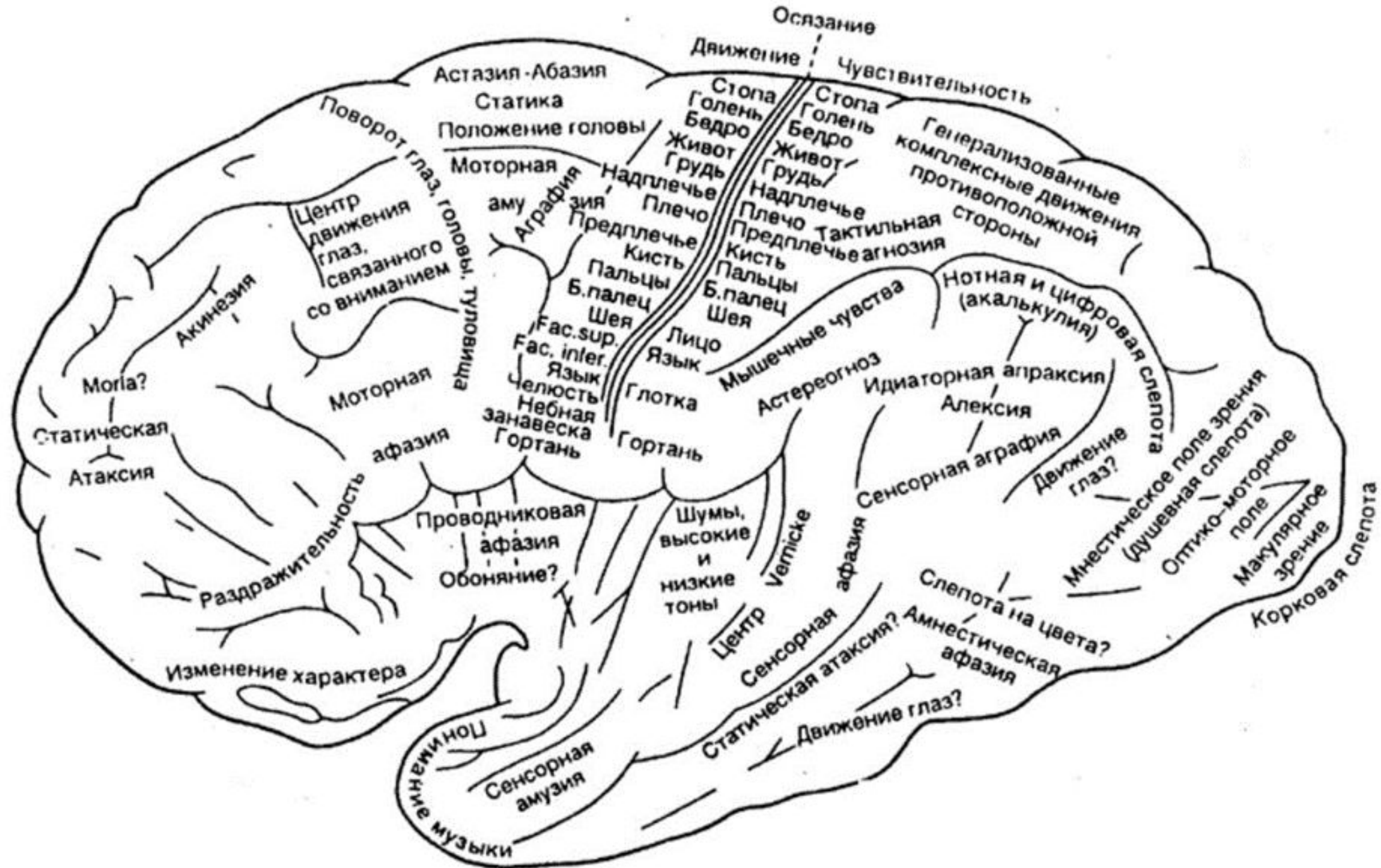


- Поскольку чтение и письмо являются навыками, приобретенными позднее звуковой речи и поскольку функции лексики и графии находятся в тесной зависимости от функции понимания устной речи, постольку поражение области Вернике вызывает сопряженно не только нарушения правильности речи, о чем только что было сказано, но и расстройства чтения и письма.



- Сравнивая ущерб речевых функций, наносимый больному поражением различных отделов мозга, установим, что наименее тягостным является поражение заднего отдела второй лобной извилины; больной понимает обращенную к нему речь, говорит сам; расстройство ограничивается невозможностью писать и, обычно, читать. Поражение gyrus angularis вызывает у него непонимание написанного и сопряжено с алексией — расстройством письма (аграфия, параграфия); иначе говоря, больной становится неграмотным, но сохраняет способность понимать речь и возможность говорить. При поражении области Брока больной утрачивает способность говорить (моторная афазия) и — сопряженно — писать; зато сохраняется понимание звуковой речи. Наконец, наиболее тягостным является поражение области Вернике: больной не понимает обращенной к нему речи, неправильно, а иногда и непонятно говорит сам, не может читать и писать. Установить с такого рода больными контакт обычно представляется





- Другим весьма своеобразным видом афазии является амнестическая афазия — симптом поражения заднего отдела височной и нижнего отдела теменной доли. При данном расстройстве выпадает способность определять «наименование предметов». Беседуя с больным, иногда не сразу можно заметить дефект его речи: больной говорит довольно свободно, правильно строит свою речь, понятен для окружающих. Все же заметно, что больной часто «забывает» слова и что фразы его бедны именами существительными. Дефект обнаруживается сразу, если предложить больному называть предметы: вместо названия он начинает описывать их назначение или свойства. Так, не называя карандаш, больной говорит: «это — чтобы писать»; про кусок сахара: «это кладут, мешают, делается сладко, пьют» и т.д. При подсказке названия больной подтверждает правильность его или отвергает, если предмет ему назвать неправильно. Объясняет свои неудачи больной тем, что он «забыл» название того или иного предмета (отсюда термин амнестическая афазия).

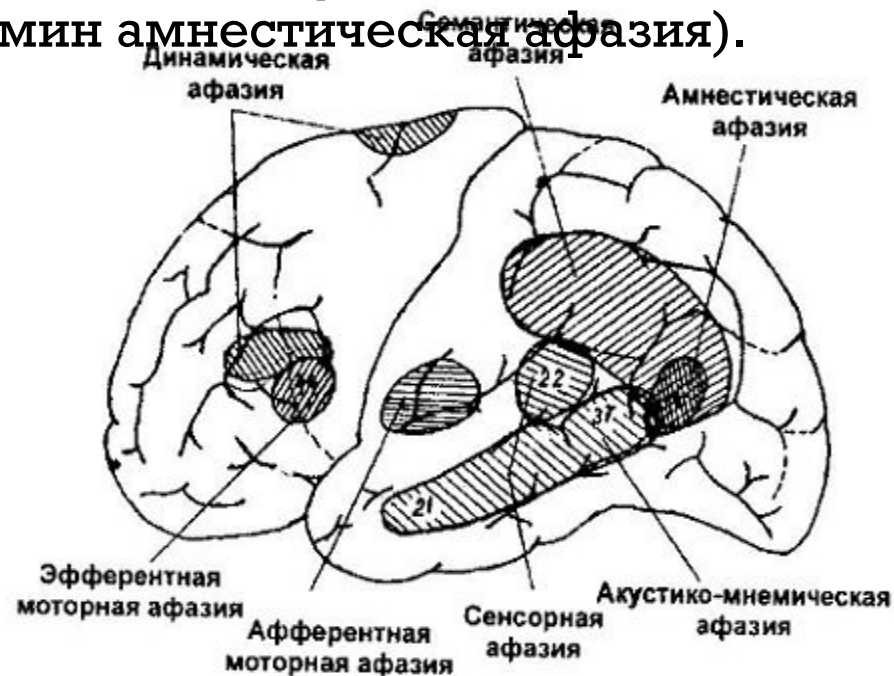
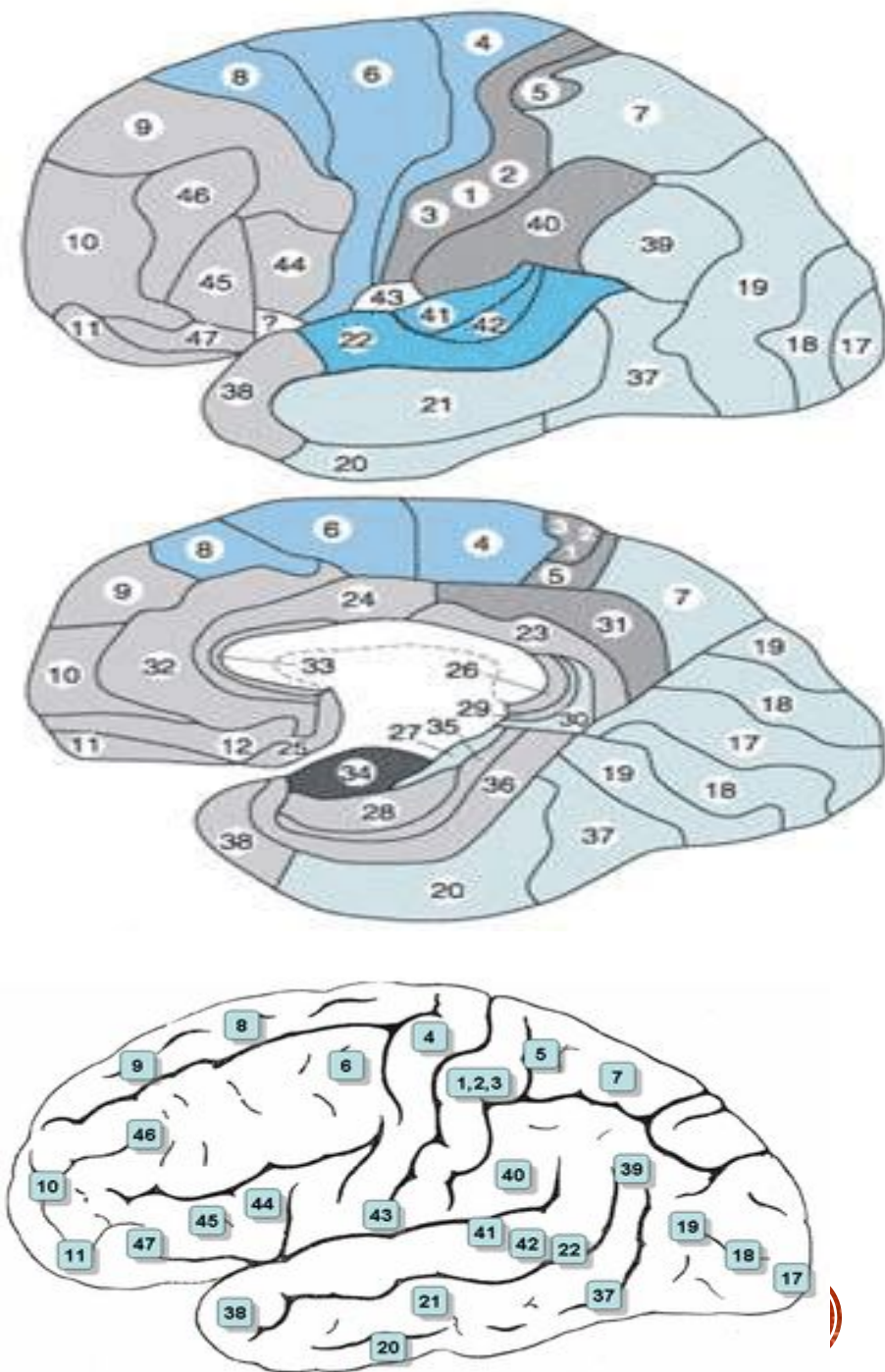


Схема локализации разных форм афазии в левом полушарии коры головного мозга: передняя и задняя речевые зоны (по А. Р. Лурии)



- До последнего времени не существовало удовлетворительного объяснения этого своеобразного «изолированного» расстройства речевой функции; интересное и убедительное истолкование этого оригинального расстройства находим у Е.К. Сеппа. По его мнению, вначале, с развитием речи, сформировалось поле 37 между корковым «центром» зрения и корковым «центром» слуха. Это поле является местом фиксации сочетаний зрительных и слуховых раздражений ребенка, начинающего понимать значение речевых звуков; последнее сочетается со зрительным образом предмета, который ему показывают и называют: название связывается со зрительным образом предмета. При дальнейшем развитии и усложнении речевой функции названия видимых предметов продолжают «откладываться» в зрительно-слуховом сочетательном поле, т. е. в поле 37. Становится понятным, почему при поражении этого поля нарушается связь между зрительным образом предмета и его названием. В остальном функция речи не нарушается. С этой точки зрения становится понятным, почему территорией, поражения которой вызывают амнестическую афазию, одни считали задний отдел нижней височной извилины, другие — основание нижней теменной доли (угловой извилины). И та, и другая области составляют поле 37, связующее поля зрительной и слуховой гнозии (т. е., иначе говоря, и вернее,



■ Исследование афазий (очень краткое и ориентировочное) производится следующим образом.

1. Проверяется понимание обращенной к исследуемому речи путем предложения устных заданий: поднять правую руку, левую заложить за спину; закрыть глаза и т.д. (сенсорная функция речи). Следует иметь в виду, что неисполнение или неправильное исполнение задания может зависеть не от поражения области Вернике, а от имеющихся апрактических расстройств.
2. Изучается собственная речь исследуемого: свободно ли говорит, правильно ли, обладает ли достаточным запасом слов, нет ли парафазии и т.д. (моторная функция речи). Предлагается повторение речи исследуемого.
3. Проверяется способность понимания написанного путем предложения письменных заданий: сделать то или иное движение, взять тот или иной предмет и т.д. (функции чтения).
4. Проверяется, как исследуемый пишет: свободно или с затруднением, правильно ли построена фраза, нет ли параграфии и т.д. Понятно, что при исследовании способности чтения и письма следует внести поправку на степень грамотности исследуемого.
5. Предлагается с целью исключения амнестической афазии называть предметы.



- **Амузия** (от др.-греч. ἀμουσία — непричастность музам) — утрата способности понимать или исполнять музыку, писать и читать ноты, возникающее при поражении височных отделов коры правого полушария (у правшей) за счет нарушения музыкального слуха. Проявляется в неузнавании известных музыкальных произведений, в затруднении восприятия и воспроизведения ритмических сочетаний звуков (аритмия). Часто амузия сочетается со слуховой агнозией, при которой перестают различаться обычные звуки или шумы.

Слуховые агнозии – поражения полей 41,42, 22.



Рече-слуховая агнозия - при двухсторонних поражениях извилин Гешля. Не слышат и не понимают речь, но элементарный слух остается сохранным.

Амузия – при правосторонних поражениях.

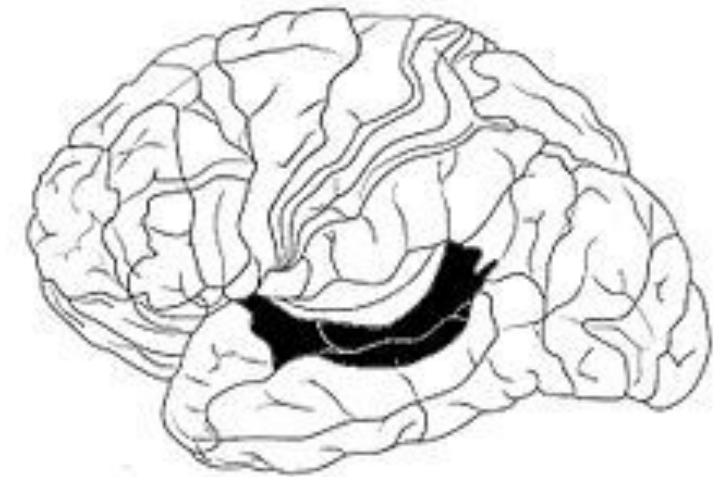
Аритмия - при двусторонних поражениях

При обширном правополушарном корковом повреждении больной не способен определять значение различных звуков и шумов. Обычно встречается стертая форма в виде дефектов слуховой памяти — неспособность запомнить несколько акустических комплексов, в том числе ритмических структур.



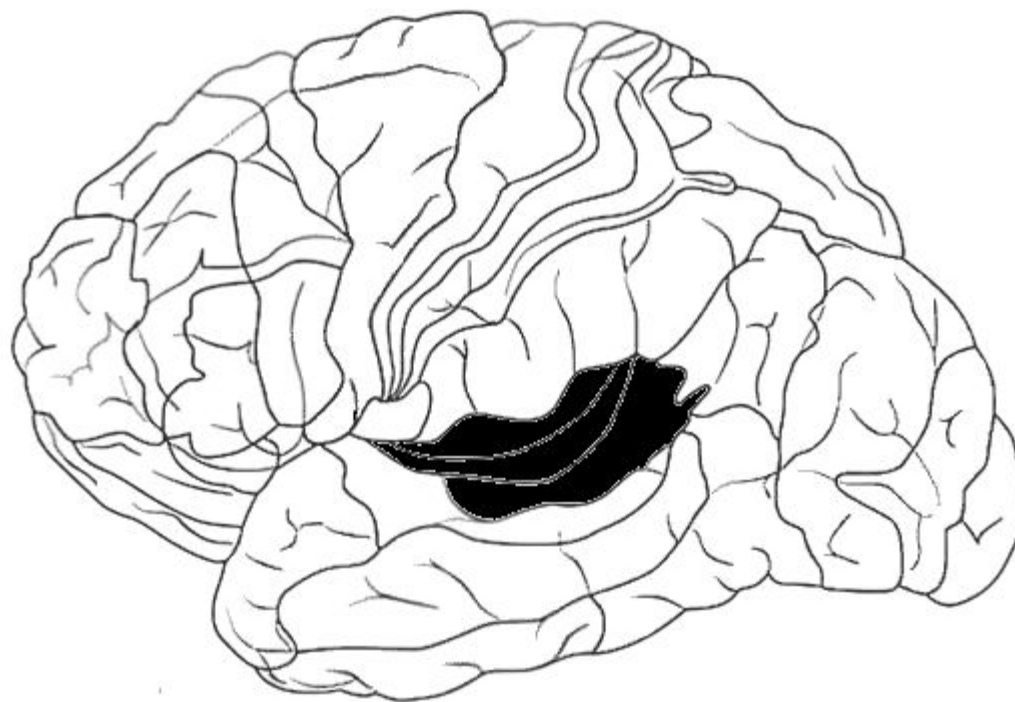
СИНДРОМ ОБЛАСТИ ПОЛЯ ВЕРНИКЕ

- Поражение средних и задних отделов верхней височной извилины – поле 22, по Бродману, ответственной за функцию сенсорной речи. Ирритативный вариант часто сочетается с раздражением заднего адверсивного поля, проявляющегося клинически сочетанным поворотом головы и глаз в противоположную от очага сторону. Вариант выпадения: сенсорная афазия – утрата способности понимания речи при полной сохранности слухового анализатора. Различают три варианта сенсорной афазии:
 - корковая (поражение поля 22, по Бродману, или области зоны Вернике) – утрата способности понимания речи со вторичным нарушением экспрессивной речи (вербальные парафазии)
 - субкортикальная (поражение белого вещества головного мозга под сенсорной речевой зоной доминантного по речи полушария) – нарушение понимания устной речи, невозможность повторения слов и письма под диктовку при сохранности экспрессивной устной и письменной речи, а также понимания прочитанного
 - транскортикальная (поражение проводящих путей между задней и средней частью верхней височной извилины, области Вернике, и другими областями коры головного мозга) – нарушение понимания устной речи при сохранности возможности повторения, списывания и письма под диктовку.



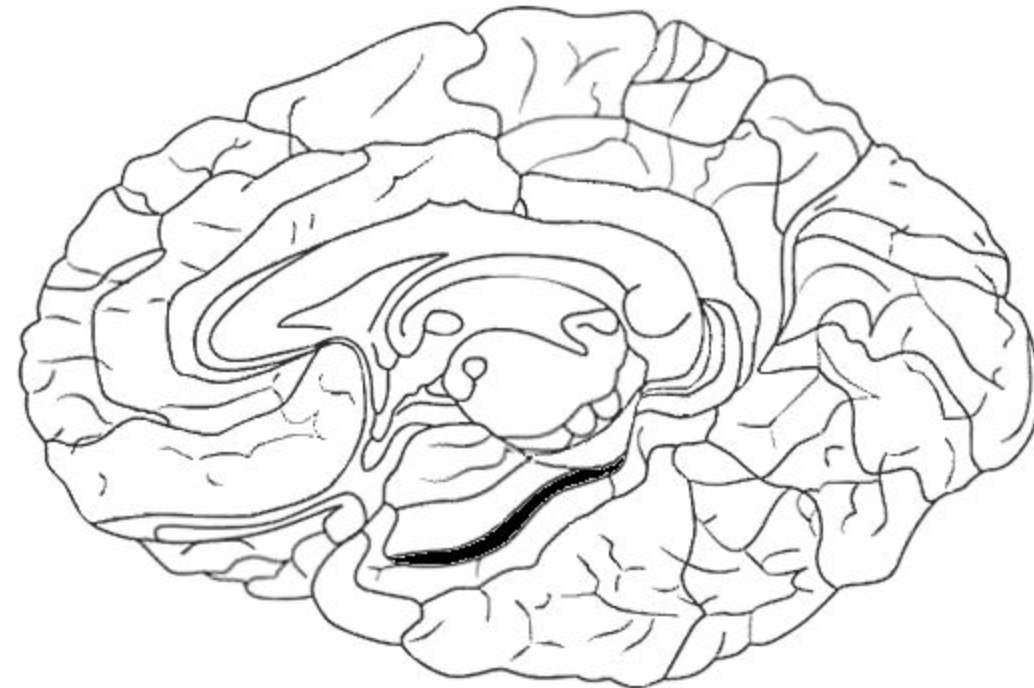
СИНДРОМ ИЗВИЛИН ГЕШЛЯ

- Поражение средних отделов верхней височной извилины (поля 41, 42 и 52 по Бродману), являющейся первичной проекционной зоной слуха. Ирритативный вариант: слуховые галлюцинации в виде неоформленных (шум, "гудение проводов") или оформленных (речь, пение, музыкальные мелодии) типов. Вариант выпадения:
- нет существенного снижения слуха
- слуховая агнозия – отсутствие узнавания, идентификации звуков при наличии их ощущения: пациент слышит, например, тиканье часов, лай собаки, но не может их узнать



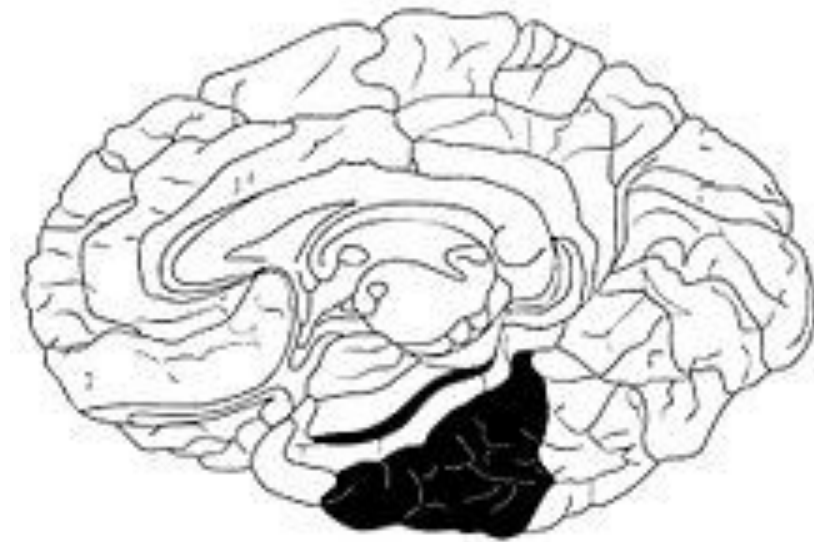
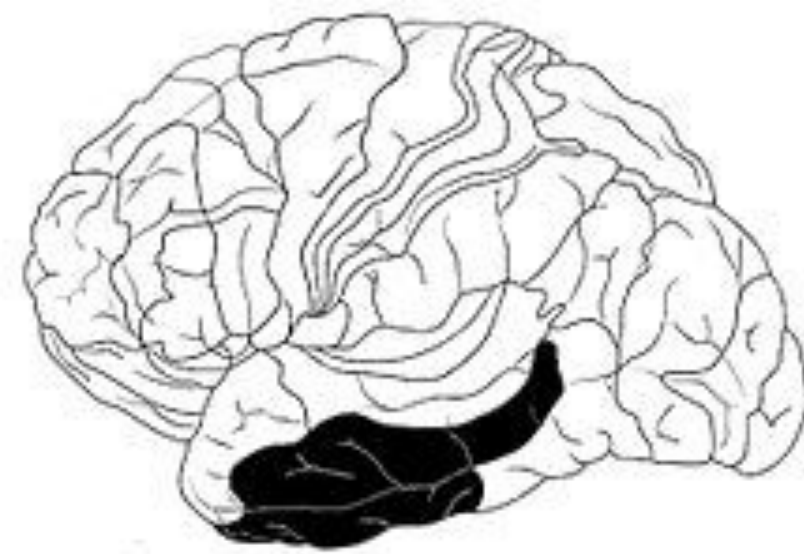
СИНДРОМ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-ТЕМЕННОГО СТЫКА

- Прилегает к зрительной коре, угловой извилине (поле 35, по Бродману). Вариант выпадения:
- Амнестическая (номинативная) афазия – нарушение способности называть предметы при сохранении возможности их охарактеризовать (при подсказывании начального слога или буквы, пациент вспоминает нужное слово)
- Алексия – расстройство чтения, обусловленное нарушением понимания письменного текста
- Амнестическая афазия и алексия возникают только при поражении доминантного (по речи) полушария. У правшей, например, левого. Синдром Пика-Вернике (разрушение височно-теменной области доминантного полушария):
 - сенсорная афазия
 - аграфия
 - центральный парез (контралатерально)
 - гемигипестезия (контралатерально)



СИНДРОМ МЕДИОБАЗАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

- Гиппокампова извилина, аммонов рог, гиппокамп, крючок, извилины морского конька или 20, 21 и 35 поля, по Бродману
- первично-проекционных зон обоняния и вкуса (поля 20 и 21)
- вестибулярной рецепции, и части лимбической системы (поля 20, 21 и 35)
- Вариант раздражения:
 - вкусовые и обонятельные галлюцинации – имеют неприятный, ноницептивный характер (запах тухлого, вкус горелого, прогорклого или оттенок металлического, вяжущего привкуса, и т.д.)
 - эмоциональная лабильность и депрессия
- Вариант выпадения:
 - обонятельная агнозия – утрата способности идентифицировать запахи при, сохранении способности их ощущать
 - вкусовая агнозия – утрата способности идентифицировать вкусовые ощущения, при сохранении способности их ощущать



СИНДРОМ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

- Височно-мостовой путь и центральный нейрон зрительного пути, идущих в белом веществе – в стенке нижнего рога бокового желудочка. Вариант раздражения:
- оформленные зрительные галлюцинации (яркие, живые образы людей, картин, животных и т.д.)
- метаморфопсии (нарушение зрительного восприятия, характеризующееся искажением формы и размеров видимых предметов)
- Важная деталь – зрительные галлюцинации и метаморфопсии появляются только в верхненаружных квадрантах поля зрения противоположной локализации очага.
- Вариант выпадения – два компонента:
- Первый компонент – из-за разрушения центрального нейрона зрительного пути, идущего в стенке нижнего рога бокового желудочка, квадрантная (чаще – верхняя) гомонимная гемианопсия, переходящая затем в полную гомонимную гемианопсию на противоположной очагу стороне.
- Второй компонент – триада Шваба (из-за разрушения височно-мостового пути, идущего в белом веществе височной доли:
- спонтанное промахивание, при выполнении пальце-носовой пробы на стороне, противоположной очагу
- падение назад и в сторону, в положении стоя и при ходьбе, иногда – в положении сидя
- наличие ригидности и мелкого паркинсоновского тремора на стороне, противоположной очагу



СИНДРОМ ДИФФУЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

- *Ирритативный вариант:*
 - особые состояния сознания – дереализация, "уже виденное" (deja vue), "никогда не виденное", "никогда не слышанное", "никогда не пережитое" в отношении хорошо известных, знакомых явлений (jamais vue)
 - сноподобные состояния (dreadreamy states) – частичное нарушение сознания с сохранением в памяти переживаний, наблюдающихся в период изменённого сознания
 - пароксизмальные висцеральные расстройства и ауры (кардиальная, гастральная, психическая и т.д.)
 - депрессии (снижение психомоторной активности)
- *Вариант выпадения:*
 - резкое снижение памяти (патологическая забывчивость; доминирует снижение памяти на события текущего, но при относительной сохранности памяти на события далёкого прошлого.
 - синдром Клювера-Бьюси (син.: синдром поведения после двусторонней височной лобэктомии) – симптомокомплекс, возникающий у обезьян после хирургического удаления обеих височных долей (включая удаление лимбических структур – аммонова рога головного мозга). Патогенез синдрома Клювера-Бьюси – снятие торможения оральных и инстинктивных раздражений после удаления височных долей и лимбических систем. Клиника:
 - гностические расстройства (оптическая и тактильная агнозия), непреодолимой склонностью брать в рот все предметы (даже опасные)
 - гиперсексуальность (постоянное стремление к совокуплению, мастурбация)
 - эмоционально-волевые расстройства (исчезновение чувства страха, автоматическое подчинение чужой воле, утрата материнского инстинкта у самок)
 - У людей развитие полной картины синдрома невозможно, однако может развиваться оральный шаблон парциального проявления вышеописанного синдрома, т.к. гиппокамп (аммонов рог) и соседние области головного мозга являются регуляторами оральных функций и инстинктивных аспектов поведения.



