

А.Р.ЛУРИЯ и М.Ю. РАПООРТ

РЕГИОНАРНЫЕ СИМПТОМЫ НАРУШЕНИЯ
ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ
ПРИ
ИНГРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ
ДОЛИ МОЗГА

Москва
1962

РЕГИОНАРНЫЕ СИМПТОМЫ НАРУШЕНИЯ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ
ПРИ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ
ДОЛИ МОЗГА

A.P. ЛУРИЯ и M.Ю. РАПОПОРТ

Опухоли, расположенные в пределах левой височной доли мозга, как известно, часто вызывают отчётливые нарушения высших корковых функций. Эти нарушения тесно связаны с поражением корковых отделов слухового анализатора и, как правило, носят тот характер акустико-гностических или акустико-мнестических расстройств, который хорошо известен в литературе под названием сензорной афазии и её различных вариантов.

Существенная особенность этих нарушений заключается в том, что хотя они все относятся к одному и тому же типу речевых расстройств, тесно связанных с нарушением фонематического слуха и слухо-речевой памяти, — их варианты, возникающие при различной локализации опухолей, могут быть столь отличны друг от друга, что внимательный анализ соответствующих симптомов позволяет использовать соответствующие симптомы для регионарной диагностики поражений, расположенных в разных отделах височной области левого полушария.

Мы оставим в стороне анализ регионарных симптомов, характерных для опухолей височной области, описанных одним из нас в другом месте (см. М.Ю.Рапопорт, 19) и остановимся на анализе нарушений высших корковых функций, характерных для различных по локализации опухолей мозга. В этом сообщении мы займёмся прежде всего симптомами, возникающими при различных по расположению интрацеребральных опухолях височной доли, непосредственно размещающихся в её белом веществе, но вторично влияющих на состояние коры височной области. Мы попытаемся описать не только то общее, что объединяет симптоматику всех этих поражений, но и те своеобразные варианты возникающих в этих случаях симптомов, которые могут облегчить их регионарную диагностику.

— — —
Поражения, расположенные в задне-верхних отделах левой височной области и непосредственно задевающие заднюю треть

первой височной извилины или влияющие на нормальное состояние её коры, приводят к широко известным явлениям сензорной афазии.

Как было показано в исследованиях одного из нас (А.Р.Лурия, 1942, 1947, 1959, а также Э.С.Бейн(1947) и др.), центральным признаком речевых расстройств, появляющихся в этих случаях, является нарушение фонематического слуха. Больной с поражением этих отделов височной доли оказывается не в состоянии различить на слух близкие по звучанию (т. наз. оппозиционные) фонемы, не может дифференцировать на слух звуки "б" и "п", "д" и "т", "з" и "с", и начинает смешивать эти звуки как в повторении соответствующих слов, так и в их письме. Отчётливые затруднения, которые испытывает такой больной в дифференциации подобных звуков, смешение их в повторной речи, замена их при письме (ср. рис.1), лицевые и вербальные парадигмы, затруднения в назывании предметов, появляющиеся в результате распада звукового состава слова и, наконец, - явление "отчуждения смысла слов", составляющие основу сензорной афазии, - всё это образует отчётливый синдром поражения верхних отделов левой височной области.

Лишь в тех случаях, когда у больного имеются стёртые признаки левшества и когда соответствующие функциональные психолого-лические пробы (ср. А.Р.Лурия, 1947; Зангвилл, 1960 и др.) или диагностическая проба Вада (введение нембутала в левую сонную артерию) обнаруживают доминантность правого полушария - описанный синдром может проявляться в стёртых формах, а иногда не проявляться вовсе.

Симптомы сензорной (или акустико-гностической) афазии, возникающей при поражении задне-верхних отделов левой височной области, известны достаточно широко, и мы можем не останавливаться на них детальнее.

Отличные от описанных речевые нарушения возникают при интрацеребральных опухолях, расположенных в других, "вне-слуховых" отделах левой височной области. Они известны значительно меньше, и на них следует остановиться особо.

Интрацеребральные опухоли полюса левой височной доли могут протекать без всяких нарушений слухового анализа и синтеза

и без всяких слухо-речевых расстройств, не давая никаких, даже стёртых явлений афазии.

Если опухоль расположена в глубине передних отделов левой височной области и не выходит за пределы её полюса, непосредственно влияя на образование medio-базальных отделов височной коры, она может приводить к ряду отчётливых психо-сенсорных расстройств, иногда проявляющихся в онейроидных состояниях, обонятельных и слуховых галлюцинациях и эмоциональных нарушениях. Речевые расстройства могут проявляться здесь лишь пароксизмально, предшествуя эпилептическим припадкам или сопровождая их. В этих случаях они проявляются в своеобразных формах временной блокады речи с явлениями речевых персевераций, и не оставляют сколько-нибудь отчётливых речевых нарушений, которые можно было бы наблюдать вне припадков.

Для иллюстрации мы приведём лишь один типичный случай.

Б-ная Дик. (и.б.31084), 21 г., студентка, правша, поступила в мае 1961 г. в Институт Нейрохирургии АМН СССР с жалобами на приступы, начинающиеся с "удара в голову" и с ощущений тока, идущего по правой руке и ноге, с обонятельными галлюцинациями (ощущение сильного запаха лекарств) и иногда - микропсиями (казалось, что вещи становятся маленькими, а помещение - непомерно большим); иногда во время приступа были слуховые галлюцинации (какой то голос говорил: "ешь, ешь, а то умрешь!"). Некоторые припадки сопровождались пароксизмальными нарушениями речи-больная переставала воспринимать чужую речь, хотя видела, что говорящий "шевелит губами". В это время она сама не могла говорить. Непосредственно после припадка не могла писать. Зарегистрированное после припадка письмо (попытка записать фразу "У одного хозяина была курица, которая несла золотые яйца) указывает на грубый распад письменной речи с выраженной персеверацией отдельных фрагментов (рис. 2).

Неврологическое исследование указывает на нарушение идентификации запахов слева, негрубый парез правого лицевого нерва и подъязычного нерва, нерезко выраженную правостороннюю ригидоррефлексию.

Никаких нарушений гнозиса, праксиса и речи вне припадков у больной не отмечалось. Фонематический и музыкальный слух были сохранны, никаких признаков отчуждения смысла слов, нарушения понимания речи не было; называние предметов было полностью сохранным. Больная легко воспроизводила серии из 4-5 звуков или слов и удерживала их

(на длительное время. Никаких нарушений интеллектуальных опера-
(ций не наблюдалось.

На электроэнцефалограмме - указания на очаг патологической активности в левой лобно-височной области.

мая больной была сделана операция (д-р Н.Я.Васин), на которой в полюсе левой височной области на глубине см была обнаружена опухоль, прилегающая к стенке нижнего рога левого бокового желудочка и, видимо, оттуда исходящая. Гистологически опухоль - астроцитома. Опухоль удалена.

Послеоперационное течение было гладким, не сопровождалось никакими речевыми расстройствами. В течение года после операции больная не проявляла никаких речевых расстройств. Припадки описанного типа продолжались и носили прежний характер, хотя и стали реже.

Описанный случай, во многих отношениях являющийся типичным для медленно растущих интрецеребральных опухолей полюса височной области, показывает, что подобные опухоли могут протекать без всяких акустико-речевых расстройств, что нарушения речи могут появляться здесь лишь пароксизмально и включать в свой состав как элементы торможения моторной стороны речи с явлениями патологической инертности речевых процессов, так и своеобразную, хотя и очень быстро проходящую блокаду рецепторной стороны речи.

Существенно иные симптомы возникают в тех случаях, когда интракраниальная опухоль располагается в передних отделах левой височной доли, однако, нарушает нормальное состояние более значительных по протяжению участков средних разделов коры височной области.

В этих случаях грубые явления нарушения фонематического слуха могут отсутствовать; явления отчуждения смысла слов не наступают; повторение звуков речи и отдельных слов остаётся сохранным; письмо может не нарушаться, и явления амнестической афазии могут быть выражены относительно слабо. Однако, типичным для этих случаев может быть целый комплекс акустико-мнестических расстройств, причем нарушение следовых процессов может выступать

только в слухо-речевой сфере, оставляя другие формы памяти (например, кинестетическую и зрительную) сохрannой и приводя к дефектам речевых следов лишь в относительно менее упроченных системах.

Мы приведём один случай, описание которого даст нам возможность проследить основные черты возникающих при подобном поражении речевых расстройств.

Б-ная Горч. (и.б.31149) 40 л., переводчица, правша (с ней которыми стёртыми признаками левшества), поступила в Институт Нейрохирургии АМН СССР в апреле 1961 г. с жалобами на судорожные припадки с потерей сознания, затруднения в речи и заметное снижение памяти.

Припадки начались в 1948 году, сопровождались общими судорогами, потерей сознания и нарушением речи; после них больная некоторый период с трудом понимала речь, при попытке сказать что-нибудь её собственная речь оказывалась непонятной, такие же дефекты отмечались в письме. В первые 10 лет припадки бывали редко и сохраняли описанный характер; в последующем к ним присоединились ощущения похолодания правой руки и ноги.

Вне припадков речь оставалась сохрannой, и больная продолжала свою работу переводчицы с английского и на английский язык. Затем припадки участились, появились затруднения в нахождении нужных слов и затруднения в письме. Резко нарушилась речь на английском языке.

Неврологическое исследование обнаружило у больной следующую картину: на дне глаз - бледноватые соски зрительных нервов. Острота зрения 0,7; поле зрения нормально; ослабление опто-кинетического нистагма; некоторое снижение поверхностной и двумерно-пространственной чувствительности справа; повышение сухожильных рефлексов справа; центральный парез правого УП и ХП нервов.

В ликворе:

На ЭЭГ - отчётливый очаг патологической активности в левой височной области.

На артериографии - передняя мозговая артерия смешена вправо, очень грубо изменён пробка средней мозговой артерии; нижняя часть у развилки мало изменена, на дальнейшем протяжении артерия приподнята кверху и оттеснена в медиальную сторону.

Специальный интерес представляет исследование высших

(корковых функций больной)

(Она была в полном сознании, полностью ориентирована, адекватна; она отмечала заметные затруднения в речи, проявляющиеся в подыскании нужных слов, мешающем плавной речи и заполняющем речь поисками выпавших слов; она отмечала вместе с тем (заметное затруднение речи: "перебираю все буквы азбуки- и не могу написать слово правильно, натыкаюсь не на те буквы, которые нужны". Больная отмечает, что особенно пострадал у неё английский (позднее приобретенный) язык, многие слова которого она забыла, и письмо на котором стало недоступным.

п (Объективное исследование показывает, что все виды праксиса оставались у больной полностью сохранными; полностью сохранным был и оптический и оптико-пространственный гноэзис. У больной не отмечалось и сколько-нибудь заметных нарушений акустического гноэзиса: она легко оценивала и воспроизводила предъявляемые на слух ритмы, без труда воспроизводила простые музыкальные мелодии и не проявляла никаких дефектов фонематического слуха.

е У неё не было никаких трудностей в повторении отдельных (даже сложных по звуковому составу) слов; она легко анализировала звуковой состав слова и без труда писала диктуемые слова. У неё не было

т признаков отчуждения смысла слов, и из симптомов речевых расстройств отчётливо выступали лишь некоторые затруднения в нахождении нужных слов при назывании некоторых предметов; подсказка забылого слова, однако, помогала ей, и она без значительного труда вспоминала его. Письменный счёт был сохранен, операции абстрактными и отношениями выполнялись легко.

и (Основным дефектом больной были отчётливо выраженные акустико-мнестические расстройства, которые проявлялись в трудности удержания серии словесных следов, что составляло центральный симптом всей картины.

т Больная, легко повторявшая одно (или даже два) слова, начинала испытывать резкие затруднения, когда ей предлагалось повторить серию из трёх или четырёх слов; в этих случаях она, как правило, повторяла одно, максимум - два слова, заявляя, что в серии было что-то ещё, но что - она забыла. Многократное предъявление серии из 3-х или 4-х слов не приводило к нужным результатам, и больная (после 7-8 повторений так и не могла удержать этот небольшой ряд слов или цифр.

(Аналогичные трудности и в повторении предъявленной на слух
(фразы, и даже после многократного предъявления фразы " В саду за
(высоким забором росли яблони", больная беспомощно повторяла: " В
(саду...высоким...не знаю, что там еще было...никогда не скажешь
(всё вместе".

Существенным был тот факт, что подобные нарушения проявлялись
(только при попытках удержать ряд слов, предъявленных слуховым
(путём. При зрительном предъявлении серии из четырёх написанных
(слов больная могла воспринести все четыре слова после двухкрат-
(ного предъявления. Рисование по памяти серии из четырёх зрительно
(предъявленных фигур не представляло для больной труда, и она
(легко воспроизводила все четыре фигуры после одного предъявле-
(ния, в то время как попытка нарисовать аналогичные четыре фигуры
(пословесной (предъявленной на слух) инструкции (требовавшей
(сохранения словесных следов) вызывала резкие затруднения и при-
(водила к тому, что больная рисовала лишь одну или две названные
(фигуры. Сохранным было и воспроизведение серии из четырёх последо-
(вательных поз руки по зритальному или кинестетическому показу.

(Всё это указывает, что поражение приводило здесь к изолиро-
(ванному нарушению возможности удержать серию слуховых (или точнее-
(слухо-речевых) следов при сохранной возможности удержания серии
(зрительных или кинестетических следов.

(Существенным оказался тот факт, что больная, продолжающая хорошо
(владеть русским языком, почти полностью потеряла менее упроченные
(следы английского языка, лишившись возможности не только говорить
(на нём, но и писать под диктовку английские слова; она хорошо
(воспринимала звучание последних, но при попытках написать их, ока-
(зывалась не в состоянии найти их условную транскрипцию и была
(принуждена каждый раз фонематизировать записываемое слово и пи-
(сала *"night"* как *"nait"*, *"light"* как *"lait"* и т.п., указывая
(вместе с тем, что она не совсем уверена в правильности её транс-
(крипции. Мнестический характер этих дефектов, четко расчленивших
(следы разной степени прочности, очевиден.

(Мы оставляем в стороне дефальный анализ физиологических
(механизмов описанных нарушений; исследование этих нарушений,
(приводимое нами в другом месте, позволяет уверенно говорить о сла-
(бости акустико-речевых следов, об их лёгком угасании и их лёгкой

(подверженности внешнему торможению. Именно этими факторами можно объяснить также невозможность удержать серии слухо-речевых следов, которая составляет основной симптом наблюдавшегося расстройства. Тот факт, что внешнее (индукционное, ретроактивное) торможение, приводящее к распаду слухо-речевых следов, не сказывалось на зрительных или тактильных следах, составляет типичную особенность того вида поражений височной области, к которому относится данный случай.

Неврологические данные и результаты психологического исследования дали основание считать, что корковое ядро слухо-речевого анализатора (зона Вернике) и что патологический очаг, расположенный в передних отделах левой височной доли, лишь вторично влияет на функцию слухо-речевых отделов коры.

10 мая 1961 г. больной была сделана операция (д-р Н.М. Волынкин) на которой была обнаружена интракраниальная опухоль левой височной доли. Основной узел опухоли (олигодендроглиома) располагался в передне-верхнем квадранте левой височной доли. В толще средних отделов левой височной доли располагалась большая киста со следами кровоизлияния; мозговое вещество задне-верхнего квадранта левой височной доли. Опухоль была удалена в пределах доступности.

Послеоперационный период протекал без осложнений и уже через 3 недели после операции акустико-мнестические процессы больной заметно восстановились: она стала без труда удерживать и повторять серию из четырех слов (что было недоступно ей раньше), явления внешнего и ретроактивного торможения речевых следов, грубо нарушающего их удержание, стали значительно меньше выражены, затруднения в письме английских слов исчезли, и операции, требовавшие удержания слухо-речевых следов в памяти, стали полностью доступны.

Такая ремиссия продолжалась около полугода; однако, дальнейшее течение обнаружило симптомы продолженного роста опухоли. Через 6 месяцев после операции у больной стали появляться припадки описанного выше типа, которые теперь стали сопровождаться значительно более выраженным сензорно-афазическими явлениями.

Заметно изменились и особенности высших корковых процессов больной в свободные от припадков периоды: появились отчетливо выраженные явления нарушения фонематического слуха, заметное отчуждение смысла слов; в речи стали появляться грубые литературные парофазии, называние предметов стало затрудненным, письмо-предприятия

грубо нарушенным.

Все эти явления указывали на то, что продолженный рост опухоли начинает захватывать и задние отделы левой височной области.

Этому предположению соответствовала как неврологическая картина, так и изменившаяся психологическая симптоматика, и больная была снова помещена в Институту нейрохирургии в октябре 1961 г.

Неврологически у больной было обнаружено:

П

Психологическое исследование, кроме указанных выше симптомов, показало, что больная испытывала значительные затруднения даже при повторении двух слов, серии из трёх слов она совсем не могла повторить, удерживая лишь одно из предъявленных ей слов, и лишь с большим трудом выделяя из группы слов те, которые ей уже предъявлялись. Характерная особенность этой стадии заболевания заключалась и в том, что зрительно предъявленные серии фигур также стали плохо удерживаться больной, и для того, чтобы удержать серию из 3-х фигур, нужно было повторить их 4-5 раз, причём удержаные фигуры очень быстро распадались даже после небольшой паузы; серии из 4-х простых фигур не удерживались даже после 8-кратного предъявления.

Всё это заставило предположить, что растущая опухоль захватывает теперь и средне-задние отделы височной области.

19 ноября 1961 года больной была сделана повторная операция (д-р С.И.Салазкина), на которой в задних отделах левой височной доли мозга была обнаружена опухоль (олигодендроглиома) с пролиферирующим арахноид-эндотелием, выходившая на поверхность на участке 3 - 5 см. При выделении опухоли - выделяется гематома в виде тёмных сгустков. После удаления опухоли образовалась глубокая полость, проникающая до нижнего рога левого бокового желудочка.

Таким образом, продолженный рост опухоли, распространившийся на задние отделы левой височной области, изменил наблюдавшуюся картину нарушения высших корковых функций и осложнил ранее наблюдавшиеся симптомы некоторыми акустико-гностическими

дефектами, нарушениями фонематического слуха и грубыми мnestическими дефектами, одновременно распространяющимися как на слухо-речевую, так и на зрительную сферу.

До сих пор мы рассматривали симптомы, возникающие при интрацеребральных опухолях, расположенных в передних отделах левой височной области, не задевающих непосредственно корковых отделов слухового (или точнее - слухо-речевого) анализатора; мы видели, что оставляя без заметных изменений функции слухового анализа и синтеза, сохраняя интактным фонематический слух, эти опухоли могли приводить к заметному нарушению акустико-мnestических процессов, вызывая нестойкость серии слухо-речевых следов и не отражаясь вместе с тем на сохранности зрительных и тактильных следовых процессов.

Иную картину нарушений вызывают интрацеребральные опухоли, располагающиеся в средне-задних отделах левой височной области.

Не задевая непосредственно корковых отделов слухового анализатора и оставляя сохранным фонематический слух, эти опухоли также ведут к заметному нарушению акустико-мnestических процессов. Существенное отличие от случаев поражения передних отделов височной области состоит здесь в том, что к описанным выше симптомам присоединяется ряд расстройств, указывающих на нарушение оптического и оптико-пространственного анализа, и что удержание серии зрительных следов оказывается в этих случаях вовсе не столь сохранным, как это имело место при поражении передних отделов левой височной области.

В результате этого возникает своеобразный синдром, при котором уже знакомые нам акустико-мnestические расстройства начинают выступать в комплексе с заметно более выраженными явлениями нарушения номинативной функции речи (т. наз. явления амнестической афазии), отчетливыми нарушениями чтения (при относительно большей сохранности письма), нарушением процессов счета и иногда - с достаточно ясно выраженными пространственно-гностическими расстройствами.

Мы попытаемся иллюстрировать подобный синдром, описав один типичный случай интрацеребральной опухоли средне-задних отделов левой височной доли.

(Б-ной Моис. (и.б. 28779, 32233), 46 л., научный работник, поступил в Институт Нейрохирургии с жалобами на головные боли, приступы с онемением правых конечностей и нарушением речи.

(Болезнь началась в 1956 г., когда впервые появились судорожные припадки, которым предшествовало онемение в правой руке и ноге, и иногда - обонятельные галлюцинации. Приступы сопровождались чувством острого страха и вегетативными изменениями. В дальнейшем приступы онемения стали протекать без судорог. Постепенно стали нарастать речевые расстройства в виде амнестической афазии. С жалобами на головные боли и нарушения речи поступил в Институт Нейрохирургии в апреле 1960 г. Здесь у него отмечалась следующая картина:

п (дно глаз - в пределах нормы; визус $OD\ 0,6$, $OS\ 0,9$; правосторонняя гемианопсия; нарушение обоняния слева, парез правого лица и подъязычного нерва, легкое снижение силы в правой руке.

т (Явления амнестической афазии.

и (На электроэнцефалограмме - очаг патологической активности в левой теменно-височной области.

и (На артериограмме - дефект заполнения сосудов задней височной области и отклонение передней мозговой артерии вправо.

т (Психологическое исследование больного дало следующую картину: больной был полностью ориентирован и адекватен и остро реагировал на свои дефекты. Кроме приступов описанного типа он больше всего жаловался на значительные дефекты в речи, которые так практически сделали его нетрудоспособным. Его спонтанная речь была резко затруднена поисками названий предметов, что практически становилась почти недоступной, ограничиваясь лишь предикатами и связками и сохраняя свою интонационно-мелодическую структуру. Он жаловался и на заметные затруднения чтения, счета и протекания интеллектуальных операций: при попытках выполнять их, он обнаруживал, что мысли "не связываются", нужные связи исчезают. В связи со всем этим он должен был оставить работу и перейти на инвалидность.

(Объективное исследование не устанавливает у больного никаких признаков нарушения праксиса, полную сохранность восприятия и выполнения ритмов; фонематический слух больного оставался полностью сохранным; никаких нарушений в звуковом анализе и синтезе слов не отмечалось, письмо было сохранным, и лишь в наиболее

Сложных записях у больного могли появляться отдельные замены оппозиционных фонем. Он мог без труда повторять отдельные слова, и в обычных пробах не обнаруживал признаков отчуждения их смысла. Существенно нарушенным было лишь называние предметов; в соответствующих пробах он давал многочисленные поиски искомого слова, иногда паразитично называя предметы; подсказка начальных звуков слова обычно помогала больному. Сохранив письмо, больной проявлял отчетливые трудности в чтении: иногда он не сразу узнавал написанные слова или цифры и давал очитки, заменяя отдельные буквы или цифры. В отдельных случаях он испытывал нерезко выраженные затруднения в узнавании изображений, проявляя явные дефекты оптического синтеза; нередко он неверно воспроизводил по памяти промтранспарентное расположение геометрических фигур, ошибаясь при задаче расставить стрелки на часах и обнаруживал отчетливые дефекты в быстром и правильном понимании логико-грамматических отношений, однако, корrigируя даваемые при этом ошибки. Его счетные операции были заметно нарушены, и он оказывался почти не в состоянии выполнить даже такие относительно несложные операции как $31-17$ или $23 + 34$, причем в их выполнении ему мешали как трудности удержания данных чисел, так и затруднения в мысленном выполнении нужных операций. Даже относительно простые математические операции были забыты, и больной, окончивший математический факультет, оказался не в состоянии выполнить даже относительно несложные действия, связанные с комбинацией чисел (опыты акад. И. М. Гельфанд).

Всё это указывало на то, что наряду с речевыми дефектами у больного можно было отметить резко выраженные дефекты зрительно-пространственного анализа и синтеза и связанные с ними дефекты в сложных семантических операциях.

Особенно отчетливо выступали у больного акустико-мnestические речевые расстройства.

Больной относительно легко мог удержать и повторить серию из трёх слов; однако, удержание и повторение серии из четырёх слов оказалось для больного трудной задачей, требовавшей, как правило, нескольких предъявлений. Серию из 5 слов (типа: "дом-лес-кот-стол-звон") больной не мог удержать и воспроизвести даже после многократных предъявлений. Аналогичные затруднения выступали и при попытках нарисовать серию из четырех или пяти

названных геометрических фигур.

Существенное отличие от описанных выше нарушений заключается в том, что удержание и воспроизведение серии из четырёх или пяти зрительно предъявленных фигур было для больного так же недоступно, как удержание и воспроизведение серии из четырёх или пяти предъявленных на слух слов. В этих случаях 5-ти или 6-тикратное предъявление не приводило к нужному успеху, и зрительные следы оказывались столь же нестойкими, как и слуховые.

Как показали соответствующие опыты, следы от зрительно предъявленного ряда легко угасали и нарушались под влиянием внешнего (индуционного, ретроактивного) торможения с той же лёгкостью, как и слухо-речевые следы. Различие между обоими типами следов, столь отчётливо выступавшее в случаях интракеребральных опухолей передних отделов левой височной области, было здесь полностью стёртым.

Описанный синдром, в котором нестойкость акустико-мнестических и оптико-мнестических процессов объединялась с некоторыми признаками нарушения оптико-пространственного гноиса и нарушением логико-грамматических и счетных операций, - позволил предположить, что опухоль располагается в задних (вне-слуховых) отделах височной области, влияя на нормальные функции затылочно-теменных систем.

18 мая 1961 г. больному была сделана операция (проф. Б. Г. Егоров), на которой на границе левой нижне-теменной и височной области на глубине 2 см было обнаружено уплотнение; кора указанной области была рассечена и на глубине 6 мм. была обнаружена беловато-желтоватая ткань опухоли; гистологически опухоль - астроцитома.

Мы остановились лишь на некоторых из регионарных синдромов нарушения высших корковых функций, возникающих при различных по расположению интракеребральных опухолях вне-слуховых отделов левой височной области.

Мы могли видеть, что эти нарушения проявляют как сходные, так и различные черты.

Во всех проанализированных нами случаях (как приведенных выше, так и имеющихся в нашем распоряжении) непосредственные процессы слухового анализа и синтеза оставались сохранными, фонематический слух не нарушался и явлений сенсорной афазии в узком смысле этого слова не возникало.

Во всех этих случаях основные дефекты были связаны с удержанием слухо-речевых следов, с невозможностью воспроизвести предъявленный на слух словесный ряд и носили, следовательно, акустико-мнестический характер, свидетельствовавший о том, что корковые аппараты слухо-речевых процессов находились в состоянии известной дисфункции. Факты, показывающие легкое угасание слухо-речевых следов и легко наступающий их распад под влиянием внешнего (индукционного, ретроактивного) торможения, дают некоторые указания на физиологическую природу этой дисфункции.

Эти черты одинаково проявлялись при любых по расположению опухолях, оставляющих задне-верхние отделы левой височной области сохранными, но влияющие на нормальную работоспособность этих отделов.

Вместе с тем, интракеребральные опухоли, расположенные в пределах передних или задних отделов левой височной области, приводили к возникновению нарушений, существенно отличающихся друг от друга.

Интракеребральные опухоли, расположенные в пределах полюса левой височной области, могли вовсе не приводить к возникновению сколько нибудь заметных речевых расстройств или вызывать лишь пароксизмально возникающие нарушения речи в виде блокады речевых функций, кратковременных нарушений моторной и сенсорной стороны речи и столь же кратковременного нарушения письма.

Интракеребральные опухоли передних отделов левой височной доли, однако, влияющие на её средние отделы, могли не отражаться на акустико-гностической сфере, но вызывать существенные нарушения речевых акустико-мнестических процессов, приводя к нестойкости слухо-речевых следов и связанных с ними высших корковых функций. Существенно, что оптические и кинестетические следы могли в этих случаях оставаться сохранными.

Интракеребральные опухоли задних отделов левой височной доли, не отражаясь существенно на слуховом анализе и синтезе, могли приводить к существенным нарушениям прочности как слухо-речевых, так и оптических следов и приводить к отчетливому синдрому, в котором акустико-мнестические дефекты связывались с нарушениями оптико-пространственных синтезов и приводили к сложной картине, где наряду с амнестико-афазическими явлениями выступали дислексические расстройства, нарушения логико-грамматических операций и явления акалькулии.

Описанные регионарные синдромы нарушения высших корковых функций при интракеребральных опухолях левой височной доли могут оказать существенную помощь при их топической диагностике.

составлено на дату:
р. 1971:

По всех этих сдвигов основные дефекты были связаны с удержанием слухо-речевых следов, с невозможностью воспроизвести предъявленный на слух словесный ряд и носили, следовательно, акустико-мнестический характер, свидетельствовавший о том, что корковые аппараты слухо-речевых процессов находились в состоянии известной дисфункции. Факты, показывающие легкое угасание слухо-речевых следов и легко наступающий их распад под влиянием внешнего (индукционного, ретроактивного) торможения, дают некоторые указания на физиологическую природу этой дисфункции.

Эти черты одинаково проявлялись при любых по расположению опухолях, оставляющих задне-верхние отделы левой височной области сохранными, но влияющие на нормальную работоспособность этих отделов.

Вместе с тем, интракеребральные опухоли, расположенные в пределах передних или задних отделов левой височной доли, приводили к возникновению нарушений, существенно отличающихся друг от друга.

Интракеребральные опухоли, расположенные в пределах полюса левой височной доли, могли вовсе не приводить к возникновению сколько нибудь заметных речевых расстройств или вызывать лишь пароксизмально возникающие нарушения речи в виде блокады речевых функций, кратковременных нарушений моторной и сенсорной стороны речи и столь же кратковременного нарушения письма.

Интракеребральные опухоли передних отделов левой височной доли, однако, влияющие на её средние отделы, могли не отражаться на акустико-гностической сфере, но вызывать существенные нарушения речевых акустико-мнестических процессов, приводя к нестойкости слухо-речевых следов и связанных с ними высших корковых функций. Существенно, что оптические и кинестетические следы могли в этих случаях оставаться сохранными.

Интракеребральные опухоли задних отделов левой височной доли, не отражаясь существенно на слуховом анализе и синтезе, могли приводить к существенным нарушениям прочности как слухо-речевых, так и оптических следов и приводить к отчетливому синдрому, в котором акустико-мнестические дефекты связывались с нарушениями оптико-пространственных синтезов и приводили к сложной картине, где наряду с амнестико-афазическими явлениями выступали дислексические расстройства, нарушения логико-грамматических операций и явления акалькулии.

Описанные регионарные синдромы нарушения высших корковых функций при интракеребральных опухолях левой височной доли могут оказать утолченной помощь при их топической диагностике.