

Нами исследовано 50 больных, у которых осуществлялся четкий контроль за пароксизмальными психическими расстройствами и судорожными припадками на протяжении от 3 до 5 лет и более. Припадки снова возобновились в течение года после прекращения лечения в тех случаях, когда на ЭЭГ регистрировались фокальные или генерализованные пароксизмальные проявления. По-видимому, правы те исследователи (Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин, 1982; А. Гасто, 1975 и др.), которые считают, что с клинической точки зрения, любые пароксизмальные изменения на ЭЭГ у больных эпилепсией даже при отсутствии клинических припадков следует рассматривать как субклинические проявления.

Мы полагаем, что для решения вопроса о прекращении медикаментозного лечения при психической эпилепсии следует учитывать не только клинические проявления, но и данные ЭЭГ.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТРОЕНИЯ ЧЕРЕПА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ СИНДРОМАМИ

А. И. ШУЛЬГА, Г. Т. СОННИК

г. Полтава

У психически больных с депрессивными синдромами особенности строения черепа изучены недостаточно, хотя конституциональным факторам, как признакам, характеризующим почву, на которой развиваются некоторые психические заболевания, в последнее время уделяется определенное значение.

Целью данного исследования было изучение строения мозгового черепа у психически больных с депрессивными синдромами и выявлению у них рентгенологических изменений, которые сравнительно редко имеют место у здоровых людей.

Рентгенография черепа проведена у 40 пациенток женского психиатрического отделения, находившихся в депрессивном состоянии различной этиологии, причем все они в прошлом не переносили заболеваний, которые могли бы в той или иной мере отразиться на строении черепа (выраженные формы рахита, перенесенные черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.). В качестве контроля служили показатели, опубликованные И. Х. Галимовым (1979).

По диагнозу больные распределились: шизофрения циркулярная, депрессивное состояние — у 8 (20,0%) женщин, депрессивная фаза циркулярного психоза — у 19 (47,5%), инволюционная депрессия — у 13 (32,5%). Возраст больных был от 20 до 57 лет.

Утолщение костей свода черепа в контрольной группе лиц имело место у $10,2 \pm 1,2\%$ против $45,0 \pm 8,0\%$ больных. Истончение костей свода черепа наблюдали соответственно у $6,4 \pm 1,0\%$ против $8,0 \pm 4,0\%$, рудиментарную лобную пазуху — у $12,6 \pm 1,3\%$ против $25,0 \pm 7,0\%$, гиперпневматизацию лобных пазух — у $5,0 \pm 0,9\%$ против $8,0 \pm 4,0\%$, гиперпневматизацию сосцевидных отростков — у $17,2 \pm 1,5\%$ против $22,0 \pm 7,0\%$, малый вариант турецкого седла — у $8,9 \pm 1,1\%$ против $10,0 \pm 5,0\%$, максимальный вариант турецкого седла — у $1,8 \pm 0,5\%$ против $25,0 \pm 7,0\%$, массивную спинку седла — у $8,3 \pm 1,1\%$ против $12,0 \pm 5,0\%$, плоское турецкое седло — у $1,9 \pm 0,5\%$ против $10,0 \pm 5,0\%$, высокое расположение зубовидного отростка аксиса — у $2,8 \pm 0,7\%$ против $20,0 \pm 6,0\%$, обызвествление межклиновидных связок седла — у $6,3 \pm 0,9\%$ против $5,0 \pm 4,0\%$.

У 25 (62,5%) больных имело место сочетание двух и более вышеописанных признаков. Указанные выше, относительно редко встречающиеся у здоровых лиц, изменения на рентгенограмме черепа наиболее часто обнаруживали у больных маниакально-депрессивным психозом — в 49,1%, несколько реже у страдающих инволюционной депрессией — в 38,5% и шизофренией — 12,4%.

Следует отметить, что у больных с депрессивными состояниями различного генеза весьма часто обнаруживаются полиморфные изменения в строении черепа, что в ряде случаев может иметь и диагностическое значение.