В мозолистом теле — довольно массивном образовании белого вещества — проходят комиссуральные волокна, соединяющие парные отделы полушарий. В переднем отделе этой большой спайки мозга — в колене — проходят связи между лобными долями, в среднем отделе — в стволе — между **теменными** и **височными** долями, в заднем отделе — в утолщении — между затылочными долями. Поражения мозолистого тела проявляются расстройствами психики.

При очагах в передних отделах мозолистого тела эти расстройства носят черты лобной психики (нарушения поведения, действий, критики); разобщение связей между теменными долями приводит к извращенным восприятиям «**схемы тела**» и появлению моторной апраксии в левой руке. Изменения психики височного характера связаны с нарушенными восприятиями внешней среды, с потерей правильной ориентировки в ней; очаги в задних отделах мозолистого тела приводят к сложным видам зрительной агнозии.

Псевдобульбарные симптомы (насильственные эмоции, рефлексы орального автоматизма) также нередки при поражениях мозолистого тела. Вместе с тем пирамидные и мозжечковые расстройства, а также нарушения кожной и глубокой чувствительностей отсутствуют, так как их проекционные системы иннервации не повреждаются. Из центральных двигательных расстройств чаще наблюдаются дисфункции сфинктеров тазовых органов (недержание мочи и кала).

В заключение отметим, что настоящая глава была посвящена основным клиническим симптомам, возникающим при очаговых поражениях различных отделов больших полушарий головного мозга. Современная топическая диагностика широко использует также вспомогательные методы, такие как электроэнцефалография, электрокортикография, эхоэнцефалография, компьютерная томография, ангиография и др.

Одна из особенностей мозга человека — так называемая **функциональная специализация полушарий мозга**. В последние годы выяснено, что левое полушарие является базой логического абстрактного мышления, правое — базой конкретного образного мышления. От того, какое из полушарий наиболее развито у человека, зависят его индивидуальность,

особенности восприятия (художественный или мыслительный тип характера). Поражение правого полушария. При выключении правого полушария больные становятся многословными (даже болтливыми), разговорчивыми, однако речь их теряет интонационную выразительность, она монотонна, бесцветна, тускла. Речь приобретает носовой (гнусавый) оттенок. Такое нарушение интонационно-голосовой компоненты речи называется диспросодией (просодия — мелодия).

Кроме того, больной теряет способность понимать значение речевых интонаций собеседника. Поэтому наряду с сохранностью формального богатства речи (словарного и грамматического), наряду с увеличением речевой активности «**левополушарный**» человек теряет те образность и конкретность речи, которые ей придает интонационно-голосовая выразительность. Нарушается восприятие сложных звуков — слуховая агнозия, человек перестает узнавать знакомые мелодии, не может их напевать, затрудняется в распознавании мужских и женских голосов (нарушается образное слуховое восприятие). Неполноценность образного восприятия наблюдается и в зрительной сфере (так, больной не замечает недостающей детали в незаконченных рисунках, например отсутствие дужки у оправы очков, хвостика у мыши и т. п.). Больной затрудняется выполнять задания, требующие **ориентировки** в наглядной, образной ситуации, где нужен учет конкретных признаков объекта. Итак, при выключении правого полушария страдают те виды психической деятельности, которые лежат в основе образного мышления. В то же время сохраняются или даже усиливаются (облегчаются) те виды психической деятельности, которые лежат в основе абстрактного, теоретического мышления. Такое состояние психики сопровождается положительным эмоциональным тонусом (оптимистичность, склонность к шуткам, вера в выздоровление и т. п.).

Поражение левого полушария. У больного резко ограничиваются речевые возможности, обедняется словарный запас, из него выпадают слова, обозначающие отвлеченные понятия, больной не помнит названия предметов, хотя их и узнает. Речевая активность резко снижается, но сохраняется **интонационный** рисунок речи. Такой больной хорошо узнает мелодии песен, может их воспроизводить. Итак, у «правополушарного» человека наряду с ухудшением словесного восприятия избирательно улучшаются все виды образного восприятия. Он плохо запоминает слова, дезориентирован в месте и во времени, но подмечает детали обстановки, сохраняет наглядную конкретную ориентировку. При этом развивается отрицательный эмоциональный фон (ухудшается настроение, пессимистичен, трудно отвлекается от печальных мыслей и жалоб и т. п.).

Прочитать еще:

g) Атеросклероз венечных артерий

h) Стадии атеросклеротических изменений