

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Санников А. Н.

г. Ростов-на-Дону.

Актуальность. Согласно эпидемиологическим исследованиям опухолей головного мозга среднемировые показатели заболеваемости первичными опухолями мозга равняются 3,7 на 100 тыс. населения в год для мужчин, 2,6 — для женщин. В России опухоли головного мозга встречаются со средней частотой от 5,0 до 7,5 случаев на 100 тыс. [Melissa L. B. et al., 2008; Buckner, J. C. et al., 2008; Гайдар Б. В., 2002; Улитин А. Ю., 1997].

Первичные опухоли поражают около 250 тыс. человек в год, составляя при этом менее 2 % от общего числа злокачественных новообразований. Согласно данным American Brain Tumor Association, 74,6% из них представлены глиомами и 22% менингиомами. Глиомы по сравнению с другими опухолями больших полушарий головного мозга чаще всего приводят к появлению психиатрических симптомов. Примерно 15 % вторичных опухолей головного мозга представлены метастазами рака первичной легочной локализации [Arciniegas D. B. et al., 2014; Khong S. Y. et al., 2007].

Наиболее частыми симптомами для опухолей головного мозга является очаговая неврологическая симптоматика. Но исследования показывают, что психические симптомы не редкость, их распространенность колеблется от 50% до 90% в разных исследованиях. У 18—25% пациентов эти симптомы являются клиническим манифестом проявлением болезни, относясь к группе экзогенно-органических нарушений. Большинство научных исследований, затрагивающих эту проблему, датируются еще с 30-х годов двадцатого века [Wijdicks E. F. M., 2018; Keschner M. et al., 1938].

Опухоли головного мозга проявляются большим количеством самых разнообразных психических нарушений. По данным Mainio A., депрессия наблюдается в 2,5—15,4% первичных опухолей головного мозга. В других исследованиях, депрессия выявляется у 44% всех пациентов с опухолями головного мозга, первичными и метастатическими, и была связана с когнитивной дисфункцией, снижением качества жизни. Отмечается, что депрессия чаще встречается при опухолях левой лобной доли [Mainio A. et al., 2005, 2011; Rooney A. G. et al., 2011; Wellisch D. K. et al. 2002].

Помимо депрессии, пациенты с опухолями головного мозга могут иметь маниакальные расстройства, которые выявляются при новообразованиях правой лобной доли, проявляющимися такими симптомами, как эйфория, дурашливость, нарушение критики [Bhatia M. et al., 2013; Price T. R. et al., 2007].

Также, отмечается, что при поражении лобной доли и мозолистого тела, гипофиза возникает апатия — эмоциональное безразличие, не сопровождаемое тревогой или тоской. Считается, что патогенез апатии связан с гипоактивностью мезокортикального тракта и вызывает нарушение исполнительной функции, а гипоактивность мезолимбического тракта отвечает

за аффективный компонент апатии. Опухоли гипофиза могут вызывать апатию из-за своего влияния на лобно-подкорковые пути [Weitzner M. A., 1998].

Еще одним распространенным проявлением опухолей головного мозга являются зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при локализации опухоли в правой височной доле, мозжечке, четвертом желудочке, встречающиеся до 22% [Krayem B. H. et al., 2014; Madhusoodanan S. et al., 2010, 2015].

Имеются убедительные доказательства взаимосвязи опухолей головного мозга и расстройства пищевого поведения. В литературе описаны клинические случаи развития нервной анорексии, связанные с опухолями гипофиза, гипоталамуса. Структурные поражения гипоталамуса в этих случаях имитируют признаки нервной анорексии и хирургическое лечение поражения приводит к полной ремиссии [Houy E. et al., 2007; Vad Winkler et al., 2009].

Следующей группой психопатологических симптомов при объёмных новообразованиях являются психосенсорные нарушения такие как, дереализация, макropsии, микропсии, метаморфопсии. Дерееализация может проявляться в разных феноменах: сноподобные — «dreamy state», «уже виденное» — «déjà vu», «уже испытанное» — «déjà éprouvé», «уже пережитое» — «déjà vécu» и «никогда не виденное» — «jamais vu». В исследованиях Киссина М. Я., наиболее распространенными из представленных феноменов являются «уже виденное», «уже слышанное», «уже пережитое» на них приходится до 30%. [Власов П. Н. и др., 2011; Солдаткин В. А., 2016; Киссин М. Я., 2009].

Описаны и другие психические расстройства при опухолях головного мозга. Например, корсаковский синдром, изменение личности, речевая аспонтанность в связи с невозможностью планировать программы речевого высказывания [Madhusoodanan S. et al., 2015].

Тщательный сбор анамнеза и лабораторные, инструментальные обследования могут помочь в постановке диагноза. Ранние неврологические симптомы могут быть представлены: апраксией, дефицитом полей зрения и аномией. Следует обращать внимание на перечень т. н. «малых признаков», при которых дифференциальная диагностика с опухолью головного мозга обязательна:

1. Резистентность к терапии и/или рецидив при прежде благоприятном течении заболевания.
2. Атипичная симптоматика у пациента, не укладывающаяся в рамки классических синдромов в психиатрии.
3. При выявлении расстройств эмоциональной и волевой сферы у пациентов в возрасте старше 50 лет [Mainio A. et al., 2011; Madhusoodanan S. et al., 2015].

В большинстве случаев пациентов начинают обследовать на наличие органического поражения головного мозга с применением современных методов нейровизуализации (компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии — МРТ) лишь при возникновении очаговых неврологических нарушений [Власов П. Н. и др., 2011].

Вывод. Дифференциальная диагностика между дебютом психического расстройства и развитием психических расстройств вследствие новообразований головного мозга является ак-

туальной. Раннее обнаружение опухолей головного мозга имеет важное значение, поскольку данные нарушения приводят к серьезным последствиям и являются опасными для жизни. Психические симптомы могут предшествовать явным очаговым неврологическим признакам, являясь манифестными признаками опухолей головного мозга. В этих случаях методы нейровизуализации КТ, МРТ головного мозга остаются основными методами диагностики. Своевременная диагностика и лечение способствует выздоровлению, уменьшению или облегчению психических и неврологических расстройств, возникших по причине опухолей головного мозга.

Список литературы

1. Власов П. Н., Червяков А. В., Дрожжина Г. Р., др. Дерезализационные расстройства при эпилепсии. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2011. — Т. 11. — № 4. — С. 14–21.
2. Киссин М. Я. Клиническая эпилептология. — 2009. — С. 256.
3. Солдаткин В. А. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник/Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Профпресс, 2016. — С. 1078.
4. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга среди населения крупного города и пути совершенствования организации медицинской помощи больным с данной патологией. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — 1997. — С. 68.
5. Arciniegas D. B., Yudofsky S. C., Hales R. E. The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience // American Psychiatric Pub. — 2014. — Vol. 17. — № 5. — P. 56–65.
6. Bhatia M., Srivastava S., Jhanjee A., et al. Colloid cyst presenting as recurrent mania. // Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2013. Vol. 14. — E01—2.
7. Houy E., Debono B., Dechelotte P., Thibaut F. Anorexia nervosa associated with right frontal brain lesion. // Int J Eat Disord. — 2007. Vol. 40. — P. 758–761.
8. Buckner, J. C., Brown P. D., O'Neill, B. P., et al. Central nervous system tumors. // Mayo Clinic proceedings. — 2007. — Vol. 82. — № 10. — P. 1271–1286.
9. Keschner M. Bender M. B., Strauss I. mental symptoms associated with brain tumor: a study of 530 verified cases. // Jama. — 1938. — Vol. 110. — № 10. — P. 714–718
10. Khong S. Y., Leach J., Greenwood C. Meningioma mimicking puerperal psychosis. // Obstetrics and gynecology. — 2007. — Vol. 09. — № 2. — P. 515–516.
11. Krayem B. H., Dunn N. R., Swift R. G. Psychosis after right temporal lobe tumor resection and recurrence. // The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. — 2014. — Vol. 26. — № 2. — E. 47
12. Madhusoodanan S., Opler M. G., Moise D. et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies // Expert review of neurotherapeutics. — 2010. — Vol. 10. — № 10. — P. 1529–1536.
13. Madhusoodanan S., Ting M. B., Farah T., et al. Psychiatric aspects of brain tumors: A

review.//World J Psychiatry. — 2015. — Vol. 5. — № 3. — P.273–285.

14. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. Depression in relation to anxiety, obsessionality and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 1-year follow-up study.//Clinical neurology and neurosurgery. — 2011. — Vol. 113. — № 8. — P. 649–653.

15. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 5-year follow-up study.//Neurosurgery. — 2005. — Vol. 56. — № 6. — P.1234–1242.

16. Melissa L.B, Michael E.S, Beatrice M., et al. Brain Tumor Epidemiology: Consensus From the Brain Tumor Epidemiology Consortium.//Cancer. — 2008. — Vol. 113. — № 7. — P. 1953–1968.

17. Price T.R, Goetz K.L, Lovell M.R. Neuropsychiatric Aspects of Brain Tumors. In: Yudofsky SC, Hales RE, editors.//The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2007. — P. 735–764.

18. Rooney A. G., Carson A., Grant R., Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies.//Journal of the National Cancer Institute. — 2011. — Vol. 113. — № 1. — P.61–76.

19. Vad Winkler L., Andersen M., Hørder K., et al. Slow-growing craniopharyngioma masquarading as early-onset eating disorder: two cases.//The International journal of eating disorders. — 2009. — Vol. 42. — № 5. — P.475–478.

20. Weitzner M.A: Neuropsychiatry and pituitary disease: an overview.//Psychother and Psychosom. — 1998. — Vol. 67. — № 3. — P.125–132.

21. Wellisch D. K., Kaleita T. A., Freeman D., et al. Predicting major depression in brain tumor patients.//Psychooncology. — 2002. — Vol. 11. — № 3. — P. 230–238.

22. Wijdicks E. F. M. The First CT Scan of the Brain: Entering the Neurologic Information Age.//Neurocritical care. — 2018. — Vol. 28. — № 3. — P. 273–275.