

П.Н. Власов¹, А.В. Червяков¹, С.В. Ураков², А.А. Солоха²¹МГМСУ, ²НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

Диагностическое значение феномена дежа вю в клинике глиальных опухолей головного мозга

DIAGNOSTIC VALUE OF THE DEJA VU PHENOMENON IN THE CLINICAL PICTURE OF GLIAL BRAIN TUMORS

P.N. Vlasov¹, A.V. Chervyakov¹, S.V. Urakov², A.A. Solokha²

¹Moscow State University of Medicine and Dentistry; ²Acad. N.N. Burdenko Research Institute of Neurosurgery, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

In growing glial tumors, epileptic seizures are the first and only symptom of the disease in more than a third of cases. The seizure is commonly characterized by only psychopathological disorders that are frequently ignored by both patients and physicians. The deja vu (DV) phenomenon may be one of such symptoms. Its specific feature is that it occurs in both healthy individuals and patients with various brain pathologies.

This investigation was undertaken to study the implication of the DV phenomenon in the clinical picture of glial brain tumors (GBT). One hundred and sixty-one subjects (mean age 29,2±6,4 years; males 47%), including 129 healthy individuals and 32 patients with GBT, were examined. In the clinical picture of GBT with seizures, DV is a common symptom that is encountered in the involvement of predominantly the right temporal lobe and accompanied by generalized convulsive attacks and olfactory hallucinations. DV in GBT occurs more than once daily; its duration is a few (as many as 5) minutes; DV is characterized by a negative emotional tinge and attended by fear.

Key words: deja vu, brain tumors, derealization, psychopathological symptomatology.

Pavel Nikolayevich Vlasov: vpn_neuro@mail.ru

Согласно данным Консорциума по эпидемиологическим исследованиям опухолей головного мозга — ОГМ (Brain Tumor Epidemiology Consortium) — среднемировые показатели заболеваемости первичными ОГМ составляют 3,7 на 100 тыс. населения в год для мужчин, 2,6 — для женщин [1—6]. В России средняя частота ОГМ достигает 5—7,5 на 100 тыс. [7—10].

Среди всех первичных новообразований головного мозга наиболее распространены (40—62%) глиальные опухоли. Большинство глиом составляют диффузные астроцитомы (45%), которые характеризуются отсутствием четких границ с окружающим мозговым веществом, диффузно-инfiltrативным характером роста. Из-за инfiltrативного характера роста их истинные размеры значительно превышают микроскопически видимые части. Эти опухоли могут достигать значительных размеров до появления первых симптомов [10—13].

Современные нейровизуализации (магнитно-резонансная — МРТ, компьютерная томография — КТ, перфузионно-эмиссионная томография и др.) значительно повышают возможности своевременного выявления ОГМ.

При растущих глиальных опухолях более чем в трети наблюдений первым и единственным симптомом оказываются эпилептические припадки [10, 13—16]. Наибольший риск развития приступов отмечен при медленно растущих глиомах низкой степени злокачественности (75—90%) и анапластических глиомах (65—70%), в то время как при быстрорастущих опухолях (глиомы IV степени злокачественности) припадки отмечаются лишь у 29—37% больных. Причем нередко эпилептический приступ состоит лишь из психопатологических нарушений [13, 15], которые часто игнорируются как пациентами, так и врачами. При глиомах низкой степени злокачественности сроки от первого приступа до обнаружения опухоли достигают в среднем 10—15

лет [15, 17, 18]. Часто пациентов начинают обследовать на наличие органического поражения головного мозга с применением современных методов нейровизуализации (КТ, МРТ) лишь при развитии генерализованных судорожных припадков или появлении очаговых неврологических нарушений. Более пристальное внимание врачей именно к психопатологическим составляющим эпилептических припадков позволит своевременно выявлять (или исключать) нейрохирургическую патологию, в частности ОГМ. К одним из наиболее ярких приступных проявлений относится феномен дежа вю — ДВ (фр. *deja vu* — уже виденное).

Большая медицинская энциклопедия дает определение ДВ как расстройства психической деятельности, связанного с восприятием окружающей действительности, при котором незнакомые предметы, новая обстановка, люди, видимые в первый раз, на какое-то мгновение воспринимаются как уже знакомые [19]. Согласно другому определению ДВ — состояние, при котором человек ощущает, что он когда-то уже был в подобной ситуации, однако это чувство не связывается с определенным моментом прошлого, а относится к «прошлому вообще». Этот феномен входит в группу подобных необычных ощущений, к которой относятся также *deja vu veci* (уже пережитое) и *deja vu entendu* (уже слышанное). Обычно ДВ сопровождается ощущением странности и нереальности происходящего [20]. Термин впервые использован французским психологом Эмилем Буараком (1851—1917) в книге «L'Avenir des sciences psychiques» («Психология будущего»). Состояния ДВ сопровождается деперсонализацией: реальность становится расплывчатой и неясной. Фрейд считал, что наступает «дереализация» личности — как бы отрицание ею реальности. Бергсон определял ДВ как «воспоминание о настоящем»: он считал, что восприятие реальности в этот момент внезапно раздваивается и отчасти как бы переносится в прошлое.

Феномен ДВ встречается у здоровых лиц (до 97% популяции), при нарушениях сна, тревожности, синдроме Шарля Бонне, височной эпилепсии, депрессии, шизофрении и может являться ранним симптомом ОГМ [15, 21—25]. Одними из первых ДВ у больных с опухолями мозга описали Кристани (1935) и Шмарьян (1940) [26]. Большинство авторов придерживаются мнения, что ДВ появляется при поражении правой височной доли [14, 25, 27, 28]. По данным других авторов, нет никаких указаний на то, что ДВ чаще встречается при локализации поражения в правом полушарии [17]. Данную особенность ДВ рассматривают с позиций межполушарной асимметрии [14, 27]. Например, у левой ДВ встречается достоверно чаще [14, 29].

Вовлечение в патологический процесс височной доли объясняет частое сочетание ДВ с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями, вегетативными сдвигами, вестибулярными нарушениями [14].

Таким образом, ДВ встречается как у здоровых, так и при органическом поражении головного мозга. В связи с этим появляется необходимость выделения критериев дифференциальной диагностики, чтобы определить, когда ДВ считать вариантом нормы, а когда — симптомом заболевания.

Целью настоящей работы было изучение феномена ДВ в клинике ОГМ.

Материал и методы. Общую группу составил 161 обследованный (средний возраст — $29,2 \pm 6,4$ года, 47% мужчин). Феномен ДВ сравнивался в двух группах: 1-я — здоровые ($n=129$), 2-я — пациенты с ОГМ ($n=32$). У здоровых в анамнезе исключались пароксизмальные проявления различного генеза (синкопальные состояния, вегетативные пароксизмы, психогенные припадки, эпилептические припадки, фебрильные припадки и др.) на протяжении всей жизни [30]. Нескольким испытуемым из этой группы проведено стандартное ЭЭГ-исследование для исключения эпилептиформной активности. 2-я группа была сформирована после ретроспективного анализа 139 выписок из историй болезни пациентов с ОГМ и эпилептическими приступами, лечившихся в ГУ НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Диагноз ОГМ был поставлен согласно данным клинического, нейровизуализационного и гистологического обследования. Всем здоровым и 12 пациентам с ОГМ был предложен специальный опросник для определения характеристик ДВ, по которому выявлялись частота, длительность феномена, эмоции, его сопровождающие. У всех пациентов 2-й группы дополнительно оценивали взаимосвязь встречаемости ДВ и его характеристик с клинической картиной, локализацией опухоли, ее гистологическим строением. Гистологическое строение опухолей у 32 пациентов с ОГМ и ДВ приведено на рис. 1. Анализ распределения опухолей в зависимости от гистологической картины у 139 пациентов (данные ретроспективного анализа) на данном этапе работы не проводился. Из 32 пациентов с ОГМ 3 (9,48%) были левшами (исследовался моторный профиль асимметрии). Полное обследование на профиль функциональной асимметрии прошла только часть пациентов.

Для описания данных, имеющих нормальное распределение, использовали средние значения (M) и

среднеквадратичное отклонение (s) в формате $M \pm s$, в случае распределения признаков, отличных от нормального, — медианы (Me) и квартили (Q_1, Q_2) в формате $Me [Q_1, Q_2]$. Для статистической обработки применяли методы параметрической и непараметрической статистики (критерий Манна—Уитни, корреляцию Спирмена, метод доверительных интервалов — МДИ, $p \leq 0,05$).

Результаты исследования. *Место феномена ДВ в клинике опухолей мозга.* Данная часть исследования проводилась исключительно у пациентов 2-й группы. Показано, что ДВ является не таким редким симптомом. Из 139 пациентов с глиальными ОГМ и эпилептическими приступами в анамнезе, получавших лечение в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с 2002 по 2006 г., жалобы на симптом ДВ имелись у 30 (21,6%). Причем в подавляющем большинстве наблюдений ($93,10 \pm 5,6\%$) ДВ не являлся единственным симптомом, а сочетался с другими проявлениями новообразования. Изолированный симптом ДВ в клинической картине ОГМ был у 3 (6,9%) пациентов. Как видно из табл. 1, при поступлении пациентов в клинику ДВ наиболее часто сочетался с генерализованными судорожными припадками (27,6%), частота которых была достоверно выше, чем других симптомов ($p=0,003$). Реже ДВ сочетался с тревогой, атаксией, головной болью и др.

Важно заметить, что частое сочетание ДВ и других клинических проявлений ОГМ не уменьшает его значения для диагностики этих заболеваний. Как свидетельствует приведенное ниже клиническое наблюдение, ДВ может быть единственным симптомом растущей опухоли, позволяющим предположить ее наличие.

Больная П., 69 лет, пенсионерка, правша. Впервые появление ДВ отметила за 1,5 года до обращения к врачу. Описывала свое состояние как тревожное неприятное чувство схожести происходящих событий с предыдущим опытом, «как будто я уже была в этом месте». При этом ощущала чувство нереальности происходящих событий. Состояние длилось около 0,5 мин и повторялось практически каждую неделю. В момент появления ДВ окружающие внешние перемены в пациентке не отмечали. Постепенно частота ДВ стала нарастать. С данной жалобой обратилась к врачу, после чего проведена МРТ головного мозга, показавшая внутримозговое объемное образование правой височной доли (рис. 2). Специфическую терапию не назначали. Направлена в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. При осмотре в неврологическом статусе отмечено только некоторое оживление глубоких рефлексов слева. Произведено удаление опухоли. Гистологическое заключение: астроциты правой височной доли. После операции симптом ДВ возникал 1—2 раза в месяц и длился 10—20 с.

Таблица 1. Сочетание ДВ с другими клиническими симптомами у пациентов с ОГМ

Симптом	Сочетание с ДВ, %
Генерализованный судорожный припадок	27,6
Обонятельные галлюцинации	22,2
Сенсорные проявления (жжение, онемение конечностей)	22,2
Страх	14,8

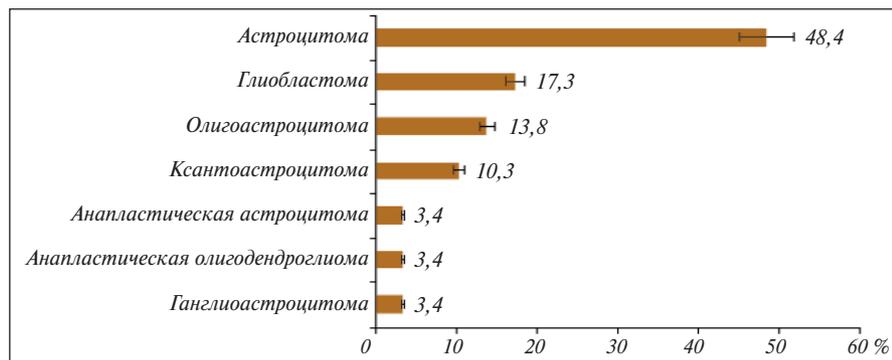


Рис. 1. Частота ДВ при разной гистологической структуре ОГМ

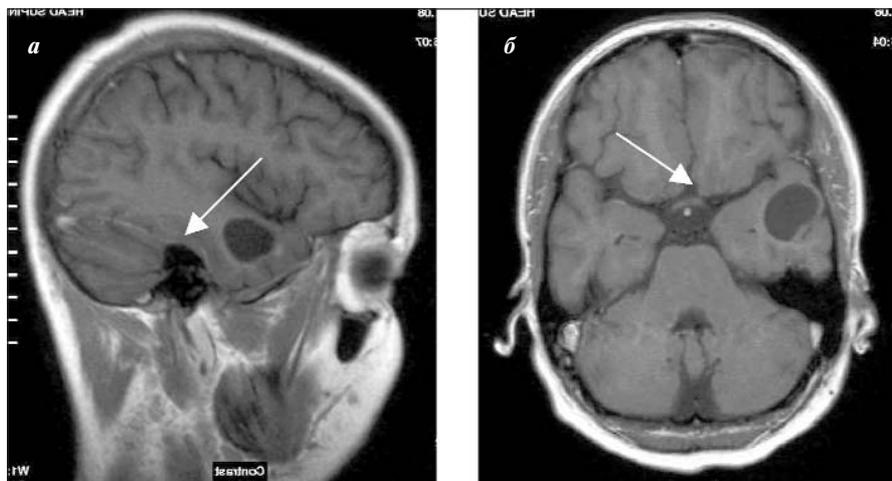


Рис. 2. МРТ головного мозга у больной П. до операции. В боковой (а) и аксиальной (б) проекциях определяется внутримозговое объемное образование правой височной доли (отмечено стрелкой)

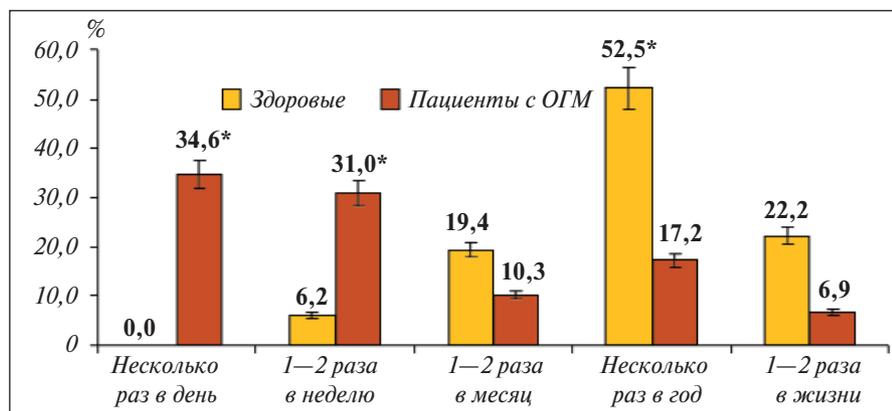


Рис. 3. Частота ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ (критерий Манна–Уитни, * $p \leq 0,05$)

ДВ имеет немаловажное значение в топической диагностике поражения мозга. В 100% случаев ДВ сочетался с поражением височной доли. У 6,8% пациентов, помимо височной доли, была вовлечена в процесс теменная доля, у 10,3% — лобная доля полушарий большого мозга. С учетом неодинакового влияния правого и левого полушарий мозга на генерацию ДВ была проанализирована межполушарная

частота новообразований у пациентов с ДВ. У подавляющего большинства исследуемых феномен ДВ появлялся при поражении правого полушария (79,3%), что полностью согласуется с данными литературы. Тем не менее у 10 (29,7%) пациентов ДВ регистрировался при поражении левого полушария, при этом левши, включенные в группу исследования, в это число не входили.

Появление ДВ может зависеть от гистологического строения опухоли (см. рис. 1). Среди 32 пациентов с ОГМ и ДВ большинство (48,4%) составили лица с астроцитомой ($p=0,002$). Данный результат, по-видимому, нельзя в полной мере относить к проявлениям ДВ, так как эти опухоли являются самыми распространенными и составляют 73,3% всех ОГМ [11, 12].

Сравнительный анализ характеристик ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ. У пациентов с ОГМ и здоровых проведено сравнение характеристик ДВ: частоты, длительности, эмоционального фона и наличия страха перед ДВ.

На рис. 3 отражена частота ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ. Если у здоровых симптом ДВ появлялся «несколько раз в год» (52,2%), то у лиц с ОГМ ДВ — «несколько раз в день» (34,6%). Различия статистически достоверны (критерий Манна–Уитни, $Z=5,58$; $p=0,000001$).

ДВ в исследуемых группах отличался также и по длительности (рис. 4). У здоровых феномен длился не более 10 с, а у пациентов с ОГМ в большинстве (66,7%) случаев — несколько минут.

Как показывают данные литературы, ввиду вовлечения лимбической системы для ДВ характерна специфическая эмоциональная окраска. Поэтому были сопоставлены эмоции, сопровождающие ДВ, и страх перед его наступлением в двух группах (табл. 2). Показано, что в отличие от здоровых у пациентов с ОГМ ДВ несет явную отрицательную окраску и больные боятся его наступления.

Описанные закономерности в целом согласуются с данными литературы [25].

Приводим еще один характерный клинический пример.

Больной Л., 36 лет, программист, правша. В 2005 г. впервые отметил появление ДВ: «как будто все это уже бы-

ло», «смотрю и знаю, что сейчас будет». К врачу не обращался. Приступы ДВ, постепенно учащались и через 6 мес наблюдались 1–2 раза в неделю, длились более 1 мин, появился страх. Присоединились обонятельные галлюцинации («непонятно, чем пахнет»). Обратился к врачу. Назначен депакин хроно в дозе 1000 мг/сут с положительным эффектом. В 2007 г. ночью возник генерализованный судорожный припадок с мочеиспусканием и прикусыванием языка. Возобновились частые эпизоды ДВ. При МРТ головного мозга было выявлено объемное внутримозговое образование правой височной доли. В ноябре 2008 г. в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко было произведено удаление опухоли. Гистологический диагноз: астроцитомы правой височной доли. После удаления опухоли частота приступов снизилась на 70%. Постоянно принимает депакин в дозе 1000 мг/сут.

Особо следует подчеркнуть, что в обоих наблюдениях у пациентов не было никаких очаговых неврологических проявлений и психических нарушений, что придает особое значение ДВ как моносимптому в клинической картине растущих глиальных ОГМ.

Обсуждение результатов. В табл. 3 проведены сравнительные характеристики ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ. Как было отмечено выше, ДВ в клинической картине ОГМ с эпилептическими припадками является частым симптомом и чаще всего встречается при поражении правой височной доли, сочетается, как правило, с генерализованными судорожными припадками и обонятельными галлюцинациями. Частота ДВ в отличие от таковой у здоровых достигает нескольких раз в день, длительность — до 5 мин, ДВ характеризуется отрицательной эмоциональной окраской и сопровождается страхом.

Таблица 3. Отличие основных характеристик ДВ у здоровых лиц и пациентов с ОГМ

Признак	Норма	Норма (по данным литературы)	ОГМ
Дебют	4–6 лет	6–7 лет [23]	С началом заболевания
«Правшество»—«левшество»	Есть связь	?	Правое полушарие в 80% случаев
Частота	Несколько раз в год	?	Несколько раз в день — 1–2 раза в неделю
Возрастной пик	21–25 лет; 31–35 лет	Половое созревание [32]	—
Длительность	1–10 с	?	Несколько минут
Ситуация	Спонтанно	Спонтанно, стресс [16]	Связано с припадком
Эмоции	Положительные	+ [33]	Отрицательные в 79% случаев
Боязнь	Отсутствует	?	Присутствует в 70% случаев

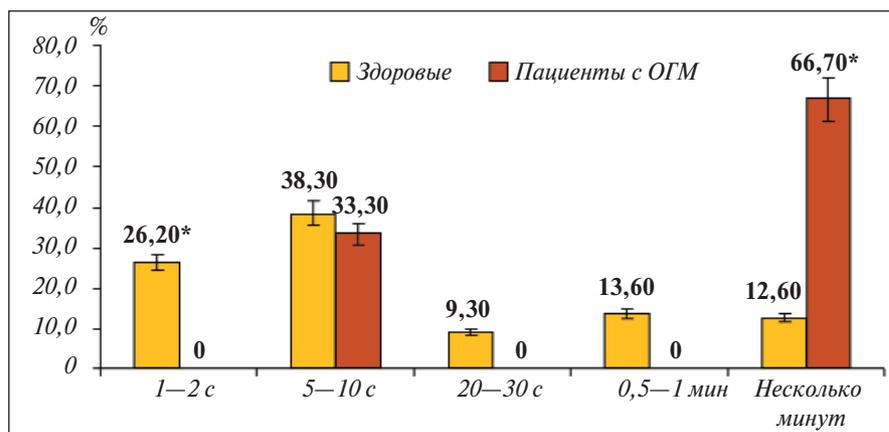


Рис. 4. Длительность ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ (критерий Манна—Уитни, * $p < 0,05$)

Таблица 2. Эмоции, сопровождающие ДВ, и страх перед ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ

Признак	Здоровые, %	Пациенты с ОГМ, %	Достоверность (критерий Манна—Уитни)
Страх перед ДВ:			
«боюсь ДВ»	3,7*	70*	$Z=3,81; p=0,00002$
«не боюсь ДВ»	83,2*	30*	
«затрудняюсь ответить»	13,1	0	
Эмоции ДВ:			
положительные	64,4*	11,1*	$Z=-2,35; p=0,02$
отрицательные	13,1*	77,8*	
нет эмоций	20,5	11,1	

* $p < 0,05$.

Ввиду широкой распространенности ДВ в здоровой популяции согласно мнению специалистов этот феномен не может использоваться в диагностике заболеваний нервной системы [28]. Как отмечалось в нашей предыдущей публикации [31], «патологическое» ДВ имеет принципиально иные характеристики, позволяющие дифференцировать его от «нормального». Остается открытым вопрос о сходстве или различии патофизиологических механизмов развития ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ.

