

УДК 616.831-006+616-07

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

С.А. Колчев, С.В. Литвинцев, Д.Т. Ихсанова

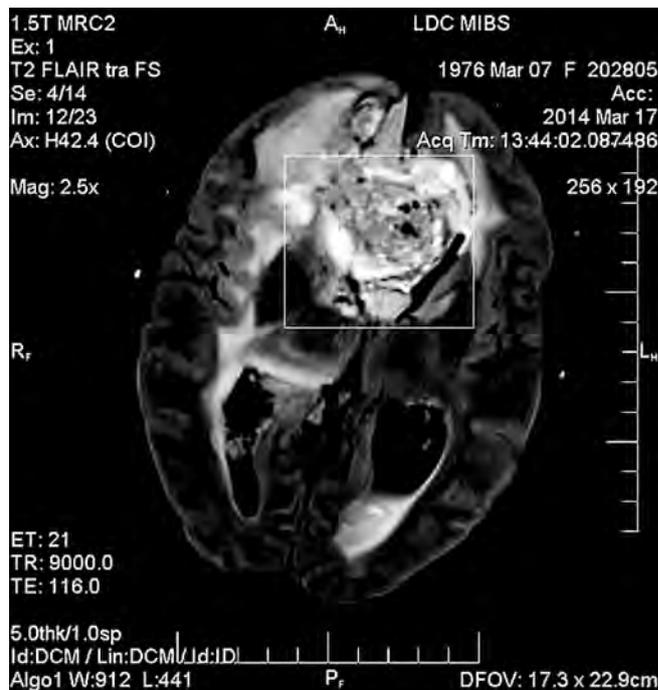
СПБ ГБУЗ Городской Психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)

Клинические случаи развития кататонического синдрома у больных с органической патологией головного мозга представляют интерес ввиду относительно редкой встречаемости органической кататонии, сложности дифференциальной диагностики этой патологии [3, 7, 8]. Органический генез кататонического синдрома, подтвержденный инструментальными исследованиями, косвенно позволяет судить о патологических особенностях регуляции двигательного-волевой активности. Однако, точных данных о локализации областей мозга, при поражении которых появляются кататонические расстройства, нет.

В литературе приводятся противоречивые сведения, и, согласно мнению одних авторов, кататонический синдром развивается при опухолях лобных отделов головного мозга [1], другие же описывают развитие кататонии при изолированной опухоли среднего мозга [4], при опухолях мозговых оболочек [5], гипофиза [6], мозолистого тела [2]. Встречаются статьи, в которых органический кататони-

ческий синдром связывают с развитием опухолей в височно-теменной доле головного мозга [1]. Так, M.Agora, S.K.Praharaj [2] описывают клинический случай с развитием кататонического синдрома при постепенном прорастании глиомы из мозолистого тела в лобную долю головного мозга. В описанном нами клиническом случае опухолевым процессом поражены лобные доли и базальные ганглии.

Больная Б., 1976 года рождения, поступила в стационар Санкт-Петербургского психоневрологического диспансера №7 28 января 2014 года по направлению амбулаторного отделения. Из анамнеза: родилась в Ленинградской области, единственный ребенок в семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Окончила 11 классов средней школы и ПТУ. Трудилась на заводе, на момент поступления не работает. Замужем не была, имеет внебрачных сына и дочь. Проживает с матерью и детьми в двухкомнатной квартире. Страдает алкоголизмом вто-



МРТ головного мозга от 17.03.2014 (сагиттальная и горизонтальная плоскости)

рой стадии. В состоянии алкогольного опьянения перенесла три черепно-мозговые травмы с потерей сознания, последняя травма в 2010 году.

Ранее в психиатрических больницах не лечилась, на учете у психиатров и наркологов не состояла. С начала 2011 года появились «приступы головных болей». Из-за «усиления и удлинения приступов болей» 16 августа 2011 года обратилась к неврологу, была направлена на СКТ. В результате обследования обнаружено образование гетерогенного строения, 3 см в диаметре, расположенное в медиальных отделах правой лобной доли, сдавливающее лобный рог правого бокового желудочка, смещающее его кзади. После обследования к неврологу, нейрохирургу не обращалась, продолжила пьянствовать. С середины 2013 года стала пассивной, «застывала», перестала за собой ухаживать, с трудом ориентировалась в ранее знакомой обстановке, прогрессивно начала снижаться память. Вместе с матерью 28 января 2014 года обратилась в амбулаторное отделение СПб ГБУЗ ГПНДС №7 с жалобами на «плохую память, рассеянность, поверхностный сон». Была направлена на госпитализацию, из-за санитарной запущенности помещена в инфекционный изолятор.

При поступлении: на предложение побеседовать молчаливо согласилась, медленно проследовала в кабинет. Внешне неряшлива – на голове грязные, свалывшиеся волосы, торчащие в разные стороны, под ногтями грязь, халат небрежно накинут на плечи. Присев на стул, первой представилась по имени – «Наташа». Эйфорична и благодушна. Начала перебирать бумаги на столе, раскрывать книги. В качестве текущей даты назвала «январь 1915 года». Понимала, что находится в больнице. В собственной личности и личностях окружающих ориентирована верно. На вопросы отвечала после пауз, периодически стереотипно повторяла ранее сказанное, повторяла сказанное собеседником. Пожаловалась на «снижение памяти в последнее время». В событиях общественной и политической жизни не ориентировалась. Не могла датировать основные события своей жизни, с трудом вспомнила последнее место работы, должность. Сообщила, что в последнее время стала слышать «зов» из угла своей комнаты – «как будто кто-то зовет, обернусь – а там никого нет», иногда видела «вспышки света перед глазами». Согласилась на лечение в стационаре. С первого дня сонливая и заторможенная, вставала лишь для приема пищи. Из-за тремора и «слабости» к столу приводилась персоналом, кормилась с ложки, с трудом проглатывала твердую пищу. Ближе к вечеру «расхаживалась», становилась суетливой. Не могла запомнить имя лечащего врача, считала, что «давно находится в больнице». Получала кавинтон до 15 мг/сут, кортексин до 10 мг/сут, общеукрепляющую терапию. Изменение психического состояния произошло 4 февраля 2014 года, когда пациентка легла в позу эмбриона, укрывшись с головой

одеялом. Отказалась от еды. На обращенную речь реагировала фиксацией взора, приоткрывала рот, начиная произносить слова, тут же замолкала. При попытке накормить отворачивалась. Принудительное раскрытие рта вызывало усиление стискивания зубов. При попытке раскрыть глаза – сильно зажмуривала их. Принудительное движение в верхних и нижних конечностях провоцировало сопротивление, пропорциональное силе давления. Утром 5 февраля встала, бродила по палате. Видела в палате несуществующую кошку, просила соседку по палате закрыть дверь, «чтобы кошка не входила». Собирала на полу несуществующие таблетки, предлагала их «выпить» соседке по палате. Назначались инъекции феназепамом до 2 мл/сут с переводом на терапию ноохолином и пирацетамом. В последующие дни, несмотря на проводимое лечение, все меньше вставала с постели, была переведена на полное обслуживание медперсоналом. Лечащего врача не узнавала. На посещениях общалась с матерью. Считала, что «очень давно находится в больнице», практически не запоминала текущую информацию. В неврологическом статусе: сознание ясное, обращала на себя внимание сниженная прямая и содружественная реакция на свет слева, зрачки S>D. Глазные щели равные. Сглажена носогубная складка справа. Девиация языка вправо, положительный рефлекс орального автоматизма Аствацатурова, Карчикяна. Отмечалось снижение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу в правых конечностях, феномен «зубчатого колеса». Глубокие рефлекс D>S. Положительные кистевые знаки Россолимо, Бехтерева справа. Стойкие знаки Бабинского справа. Тазовые функции контролирует. В позе Ромберга неустойчивая. С 8 марта психическое состояние вновь ухудшилось, стала отгораживаться от окружающего, перестала вставать с постели, стала мутичной, проявляла активный негативизм. Из-за отказа от пищи была переведена на парентеральное питание. Кататонический ступор сохранялся, несмотря на проводимую терапию. Направлена на МРТ головного мозга 17 марта 2014 года. Выявлено значительное увеличение в размерах новообразования, до 8x7x6 см с зоной перифокальных изменений, с прорастанием через колено и передний отдел мозолистого тела в левую лобную долю. Отмечено поражение прозрачной перегородки и отсева опухоли вдоль стенок правого бокового желудочка. Передние рога боковых желудочков сдавлены и раздвинуты, проходимость межжелудочковых отверстий затруднена, задние отделы боковых желудочков отдельно расширены. Таким образом, выявлено значительное увеличение опухоли в размерах, опухоль гигантская, занимает обе доли головного мозга, переднюю половину мозолистого тела, передний отдел правой височной доли, врастает в третий желудочек (рисунок). Переведена в многопрофильную больницу для решения вопроса об оперативном лечении, но после про-

веденного консилиума была признана нуждающейся только в паллиативном лечении.

Учитывая наличие расстройств восприятия, явления негативизма на ярко выраженном органическом фоне больной в стационаре назначались инъекции феназепама в дозе 2–4 мг/сут внутримышечно, ноохолин в дозе до 1 г/сутки в/в медленно. Применение транквилизаторов позволило ослабить явления негативизма. Таким образом, опухолевый процесс у больной Б. по мере прогрессирования сопровождался закономерной сменой психопатологической симптоматики с чередованием специфических клинических картин. Так, на начальном этапе развития заболевания отмечалось нарастание психоорганического синдрома с эйфорией, преимущественным прогрессированием мнестического снижения. По мере прорастания опухоли в соседнюю лобную долю через разрушенный свод мозолистого тела нарастала апатия, проявлялись явления негативизма. С постепенным вовлечением в патологический процесс базальных ядер, частичным разрушением элементов стриопаллидарной системы произошло развитие негативистического ступора с мутизмом. Примечате-

лен преходящий характер кататонии, перемежающейся делириозными эпизодами, с постепенным нарастанием выраженности двигательных нарушений, что может являться клиническим патогномоничным признаком развития опухолевого процесса в лобном отделе головного мозга с прорастанием в базальные ганглии.

На начальных этапах у пациентки прослеживались явные попытки инициации двигательного и речевого актов, что может свидетельствовать о нарушении функции у данной больной ассоциативного центра инициации движения.

Данный клинический случай иллюстрирует сложную взаимосвязь лобной коры головного мозга с таламусом и стриопаллидарной системой в единстве регуляции двигательного-волевой активности. Постепенное функциональное разобщение элементов этой системы, с первичным поражением лобных долей и мозолистого тела, симптоматически проявляется в развитии негативизма как психопатологического феномена, с постепенным развитием двигательного-волевых нарушений по мере вовлечения базальных ядер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шмарьян А.С. Мозговая патология и психиатрия. Опухоли головного мозга и учение о локализации психических расстройств. 1949. 352 с.
2. Aroga M., Praharaj S.K. Butterfly glioma of corpus callosum presenting as catatonia // World J. Biol. Psychiatry. 2007. Vol. 8. P. 54.
3. Benegal V., Hingoran S., Khanna S. Idiopathic catatonia: validity of the concept // Psychopathology. 1993. Vol. 26. P. 41–46.
4. Neuman E., Rancurel G., Lecrubier Y., Fohanno D., Boller F. Schizophreniform catatonia on 6 cases secondary to hydrocephalus with subthalamic mesencephalic tumor associated with hypodopaminergia // Neuropsychobiology. 1996. Vol. 34, N 2. P. 76–81.
5. Smith T. Cataplexy in association with meningiomas // Acta Neurol. Scand. 1983. Vol. 94. P. 45–47.
6. Smoczynski S. Cataleptic syndrome in a case of pineal tumor // Neurol. Neurochir. Psychiatr. 1962. Vol. 12. P. 437–439.
7. Wilcox J.A., Nasrallah H.A. Organic factors in catatonia // Br. J. Psychiatry. 1986. Vol. 149. P. 782–784.
8. Van Den Eede F., Sabbe B. Catatonia in psychiatric classification // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 2327–2328.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

С.А. Колчев, С.В. Литвинцев, Д.Т. Ихсанова

Кататоническая симптоматика является одной из наиболее сложных в психопатологии и отражает поражение самых глубоких структур головного мозга, ведущее к преобладанию нарушений двигательной деятельности организма. Наиболее часто кататония ассоциируется с хроническими эндогенными заболеваниями, однако не следует забывать о довольно нередком органическом ее происхождении, что в последние годы все реже находит отражение в литературе. В представленной статье описан случай развития яркого кататонического синдрома у пациентки с опухолью лобных отделов головного мозга. Этот случай представляет

интерес еще и потому, что проявления кататонии длительно перемежались с психоорганическим и делириозным синдромом, имели разную степень выраженности, то ослабевая, то вновь резко нарастая, и значительно затрудняли диагностику заболевания, решающее значение в которой в итоге принадлежало нейровизуализации. Характер кататонии в описываемом случае позволил предположить авторам наличие патогномоничного признака развития опухолевого процесса с данной локализацией.

Ключевые слова: кататонический синдром, опухоль головного мозга, МРТ.

CLINICAL CASE: CATATONIC SYNDROME IN FEMALE WITH BRAIN TUMOR

S.A. Kolchev, S.V. Litvintsev, D.T. Ikhsanova

Catatonic symptoms belong to complicated psychopathological phenomena and reflect the impairment of deep brain structures that results in prevalent motor disturbances in human body. Catatonia is frequently linked with chronic endogenous disorders though one should keep in mind that it could have organic origin; however this subject is poorly reflected in recent literature. This article describes a case of severe catatonic syndrome in a female patient with frontal

lobe brain tumor. This case is interesting also because for a long time catatonia manifestations alternated with psychoorganic syndrome and delirium and fluctuated in severity of symptoms. All this complicated the procedure of diagnosis. The decisive role in diagnosis belonged to neuroimaging. Characteristics of catatonia suggested in this case possible tumor in frontal lobe.

Key words: catatonic syndrome, brain tumor, MRI.

Колчев Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, заведующий 3 отделением СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)»; e-mail: s.kolchev@me.com

Литвинцев Сергей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главный врач СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)»

Ихсанова Дина Тахировна – врач-психиатр, заведующая 7 отделением СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)»; e-mail: idina2006@yandex.ru