

УДК 616.89 – 008.42:616.432 – 006.55

**И.Д. Спирина,
С.Ф. Леонов,
Т.И. Шустерман,
Я.С. Варшавский*,
В.А. Михалёва***

ОРГАНИЧЕСКИЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ ПРИ МАКРОАДЕНОМЕ ГИПОФИЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии
(зав. – д. мед. н., проф. И.Д. Спирина)
ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»
Днепропетровского областного совета»
(гл. врач – к. мед. н. Ю.Н. Завалко)
ул. Бехтерева, 1, Днепропетровск, 49115, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
department of Psychiatry, General and Medical Psychology
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: kromp@yandex.ru
CI «Dnipropetrovsk clinical psychiatric hospital of Dnipropetrovsk regional council»
Bekhterev str., Dnipropetrovsk, 49115, Ukraine
e-mail: dkpl@i.ua

Ключевые слова: органический галлюциноз, гипофиз, макроаденома
Key words: organic hallucinosis, pituitary, macroadenoma

Реферат. Органічний галюциноз при макроаденомі гіпофіза (клінічний випадок). Спірина І.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.Й., Варшавський Я.С., Михальова В.А. В статті наведено опис клінічного випадку органічного галюцинозу, початок якого визначено пов'язаний з макроаденомою гіпофіза. У клінічній картині розладу виразно представлені комплексні галюцинації (зорові, слухові, нюхові, тактильні) із зоологічною тематикою. У зв'язку з відмовою пацієнта від нейрохірургічного втручання з приводу видалення аденоми гіпофіза неможливо достовірно визначити зникнення галюцинаторних симптомів, а наявність атеросклеротичних змін судин головного мозку, супутня гіпертонічна хвороба збільшують вірогідність постійного або рецидивуючого характеру галюцинування і роблять прогноз для одужання несприятливим.

Abstract. Organic hallucinosis at pituitary macroadenoma (case report). Spirina I.D., Leonov S.F., Shusterman T.Yo., Varshavs'kij Ya.S., Mihal'ova V.A. The article describes the clinical case of organic hallucinosis, the beginning of which is definitely associated with pituitary macroadenoma. Complex hallucinations (visual, auditory, olfactory, tactile) with zoological theme are brightly presented in the clinical picture of the disorder. Due to refusal of the patient from neurosurgical intervention for removing of pituitary adenoma the extinction of hallucinatory symptoms can not be reliably measured, and the presence of atherosclerotic changes in cerebral vessels, concomitant arterial hypertension increase the likelihood of permanent or recurrent nature of hallucinosis and make prognosis for recovery as unfavorable.

Психические расстройства, возникающие при органических заболеваниях головного мозга, в том числе галлюцинозы, занимают значительный удельный вес среди всей психиатрической патологии [3]. Термин «органический галлюциноз» употребляется для обозначения психических нарушений, возникающих в результате несомненного (доказуемого) поражения головного мозга (например, при опухолях мозга) [1]. Среди первичных опухолей головного мозга аденомы гипофиза занимают третье место, а среди опухолей гипофиза аденомы лидируют [4,

5, 7]. При аденомах гипофизарной области, как правило, растущих медленно, выраженные психические расстройства встречаются относительно редко (в среднем – 15%), у примерно 10–12 % таких больных возникают галлюцинозы [2, 5]. Основным методом лечения аденом гипофиза является нейрохирургическое вмешательство [6]. Для купирования психических симптомов назначаются транквилизаторы и антипсихотические препараты в малых дозах. После оперативного лечения частота психических нарушений уменьшается [2, 6].

Целью данной статьи явилось описание клинического случая выраженного галлюциноза у пациента с макроаденомой гипофиза при отсутствии нейрохирургического вмешательства с сопутствующей сосудистой патологией.

Пациент К.Ю.А., 61 год, пенсионер, житель г. Днепропетровска. Находился впервые на стационарном лечении в Коммунальном учреждении «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (отделение №31) в течение 6 недель.

Жалобы на бессонницу, тревогу, чувство опасности за свою жизнь, наличие у себя в квартире «крыс разного размера и окраса».

Анамнез: наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Беременность у матери протекала без особенностей, роды в срок, физиологические. Родился старшим из двойни, в семье рабочих. Ранее развитие соответствовало возрастным нормам. Посещал детский сад. В детстве отмечался логоневроз, частые простудные заболевания. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Окончил 11 классов средней школы, дальнейшего образования не получал. В армии служил в топографических войсках. Во время службы получил ушибленную рану головы, которая была ушита амбулаторно в медицинской части, в госпитале не лечился. Отслужил полный срок, демобилизован на общих основаниях. Работал слесарем-сборщиком металлических конструкций на разных предприятиях. В настоящее время на пенсии по возрасту. Женат, имеет двоих детей. Проживает с женой и сыном. Не курил, алкоголем не злоупотреблял, употребления наркотиков не было. Страдает гипертонической болезнью около 10 лет. В 2011 г. перенес операцию по поводу удаления катаракты правого глаза. В 2012 г. при профилактическом прохождении флюорографии органов грудной клетки был заподозрен туберкулез легких, при дополнительном обследовании диагноз не подтвердился. Вирусный гепатит, венерические заболевания, судорожные припадки отрицает.

Психическое состояние впервые изменилось с сентября 2013 г., когда нарушился сон, стал беспокойным, начал рассказывать жене, что в доме «бегают крысы огромных размеров», «видел» их по всей квартире, убеждал родных в их наличии, раздражался, что они ничего не видят. Из-за этого в семье участились ссоры. Стал тревожным, суетливым. По настоянию жены обратился в частный диагностический центр, где был проконсультирован окулистом, невропатологом, направлен на магнито-резонансную томографию головного мозга. Заклю-

чение (17.12.2013 г.): признаки эндо- и супраселлярного образования (с наибольшей вероятностью аденома гипофиза), признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Консультирован нейрохирургом, было рекомендовано оперативное лечение, от которого пациент отказался. Был направлен на консультацию к участковому психиатру Коммунального учреждения «Днепропетровский специализированный психоневрологический Центр» Днепропетровского областного совета». Принимал назначенное психотропное лечение (трифтазин, лепонекс, циклодол) – без эффекта. В связи с ухудшением психического состояния был направлен на стационарное лечение в КУ «ДКПБ» ДОС».

При поступлении: на приемном покое был доступен формальному речевому контакту. Предъявлял жалобы на бессонницу, чувство опасности за свое здоровье, раздражительность. Пациент выглядел тревожным, суетливым, говорил громко, активно жестикулировал, легко раздражался. Сообщал, что с осени 2013 г. у себя в доме «заметил крыс», которые «проникали» через сломанную вентиляционную трубу, «сначала они были маленьких размеров, затем стали огромными, с большой и колючей шерстью». «Видел» их на окнах, в сумках, шкафах, но, в основном, в его спальне. Говорил, что когда ложился спать, крысы тоже «укладывались» возле него. «Ощущал» исходящий от крыс «неприятный запах», появилась тошнота, рвотные позывы, пропал аппетит. Вынужден был постоянно проветривать комнату, из-за чего не мог спать, чувствовал себя разбитым. Также «слышал писк крыс», «они залазили ко мне в штаны». Из-за невозможности спать у себя в спальне по ночам перебирался в прихожую на раскладушку, но и там «крысы царапались, лазили по телу, не давали уснуть». Настроение неустойчивое, эмоционально лабилен. Мышление обстоятельное. Внимание быстро истощаемое. Правильно ориентирован во времени, месте пребывания и собственной личности. Считал, что его родные не верят в существование в доме «крыс». Психически больным себя не считал, согласился на обследование формально.

Соматически: кожные покровы обычной окраски, чистые. В области переносицы большое родимое пятно, в лобной области слева – старый рубец. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Неврологически: слабость конвергенции с обеих сторон. Рассеянная органическая микросимптоматика. Патологических рефлексов не выявлено. В позе Ромберга – шаткость. Пальце-носовая проба – с промахиванием.

В отделении: в течение длительного времени контакт оставался формальным, сохранялась неустойчивость настроения. Большую часть времени проводил в постели. Сообщал, что в отделении ему «гораздо спокойнее», «легче дышать, нет такого ужасного крысиного запаха». Свою раздражительность объяснял тем, что родственники «специально» не хотели к нему прислушиваться и не замечали «крыс». Периодически становился назойливым, суетливым. При детальном расспросе удалось выяснить, что в отделении, особенно в его палате, «видел маленьких разноцветных мышей». Попросил поменять подушку, после чего перестал их «видеть». В вечернее время становился тревожным, заявлял, что на подоконнике «сидит крыса», считал, что она проникает через «дырку в плинтусе». Разубеждению не поддавался, при обсуждении болезненных переживаний становился гиперактивным, шумным, назойливым. Сохранялось негативистичное отношение к родственникам, «они не хотят замечать моих проблем». Режим отделения не нарушал, однако лечение принимал неохотно. В дальнейшем, в ходе длительного активного лечения, продуктивная психопатологическая симптоматика померкла, уменьшилась тревога, нормализовался сон и аппетит, появилась формальная критика к состоянию, ушло негативное отношение к родственникам.

Анализы: общий анализ крови (03.03.2014 г.) – норма, общий анализ мочи (26.02.2014 г.) – норма. Биохимический анализ крови (04.03.2014 г.) – норма. Анализ крови на реакцию Вассермана (27.02.2014 г.) – реакция отрицательная. Мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии (26.02.2014 г.) – палочки дифтерии не выявлены. Анализ мокроты (10.04.2014 г.) – микобактерии туберкулеза не обнаружены. Анализ крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) от 05.03.2014 г. – антитела к ВИЧ не выявлены. Анализ крови на маркер вирусного гепатита В (28.02.2014 г.) – антиген (HbsAg) не выявлен.

Флюорограмма (ФЛГ) от 19.12.2013 г. (по данным амбулаторной карты) – патологических изменений не выявлено. ФЛГ (10.04.2014 г.) – справа без патологических изменений. Слева на верхушке группа очаговых теней сливного характера с дорожкой к корню. Заключение:

очаговый туберкулез левого легкого, активная фаза? Рекомендована консультация фтизиатра.

Электрокардиограмма (28.02.2014 г.) – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, кардиосклеротические изменения миокарда. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) от 28.02.2014 г. – умеренные изменения ЭЭГ с признаками диффузной ирритации корковых нейронов. Вовлечение в патологический процесс срединных структур. ЭЭГ в динамике (11.03.2014 г.) – уменьшение ирритации, общее снижение нейрональной активности мозга. Эхоэнцефалограмма (11.03.2014 г.) – смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

Консультация терапевта (26.02.2014 г.) – гипертоническая болезнь II стадии. Метаболическая кардиомиопатия, сердечная недостаточность I степени.

Консультация невропатолога (26.02.2014 г.) – атеросклероз сосудов головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия II степени на фоне дисметаболии и гипертонической болезни II стадии, а также аденомы гипофиза с рассеянной микроочаговой симптоматикой.

Консультация окулиста (18.03.2014 г.) – ангиопатия сетчатки склеротическая обеих глаз. Артифакция справа, незрелая катаракта левого глаза.

Консультация нейрохирурга (20.03.2014 г.) – у больного имеет место новообразование (аденома) гипофиза с эндо- и супраселлярным ростом до 5 сантиметров в диаметре. Битемпоральная гемианопия. Больной ранее консультирован в Днепропетровской областной больнице им. И.И. Мечникова, предлагалось хирургическое лечение. Рекомендовано: проведение хирургического лечения в условиях нейрохирургического отделения Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова в плановом порядке.

Консультация нейропсихолога (24.03.2014 г.): во времени, месте ориентирован. В беседе обстоятелен. Импульсивен при выполнении проб. Критика снижена, инструкции усваивает после повторения. Объективно: 1. Внимание неустойчивое. 2. Память – снижена прочность запоминания, трудности определения порядка. 3. Грубые ошибки при выполнении пространственных проб, импульсивность. 4. Счет – ошибки при переходе через десяток. 5. Умеренная недостаточность динамического праксиса в левой руке. 6. Дефекты реципрокной координации. 7. Мышление с соскальзываниями, обстоятельное, с детализацией. Таким образом, выявлены умеренно выраженные изменения

высших психических функций по органическому типу, признаки доминирующей нейропсихологической дисфункции лобных, теменных и неспецифических структур (разного уровня) головного мозга. Нарушения мышления.

Лечение: феназепам 1 мг/сутки, rispетрил 2 мг/сутки, циклодол по 2 мг/сутки, витаминотерапия, симптоматическая терапия – улучшение.

При выписке: доступен речевому контакту. Жалоб на самочувствие активно не предъявляет. Настроение ровное, поведение формально упорядочено. На момент осмотра наличие галлюцинаций отрицает, хотя пассивно подтверждает, что «видел маленькую мышшь» в коридоре отделения. На свидании с женой доброжелателен, спокоен. Настроен на выписку. Согласен принимать поддерживающее лечение. Осознание перенесенного состояния неполное.

Диагноз: органический галлюциноз (по Международной классификации болезней 10-го пересмотра шифр F06.0).

Сопутствующий диагноз: макроаденома гипофиза с рассеянной органической микросимптоматикой. Атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия II степени на фоне гипертонической болезни II стадии.

Рекомендовано: явка к психиатру, фтизиатру по месту жительства. Прием поддерживающего психотропного лечения: rispетрил по 2 мг на ночь. Проведение хирургического лечения в условиях нейрохирургического отделения Дне-

пропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова в плановом порядке.

Катамнез (через 6 месяцев): пациент по-прежнему отказывается от нейрохирургического лечения. Несмотря на прием рекомендованного лечения, дома продолжает периодически «видеть крыс». Осознание болезни отсутствует.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациента имеет место случай органического галлюциноза с наличием комплексных галлюцинаций (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные), начало которого определенно связано с макроаденомой гипофиза. Еще одним диагностическим критерием данного расстройства является выздоровление от психической патологии вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания (аденома гипофиза). В описанном клиническом случае не предоставляется возможным достоверно утверждать, что галлюцинации были бы купированы после проведения нейрохирургического вмешательства, в силу отказа пациента от такового. Наличие атеросклеротических изменений сосудов головного мозга, сопутствующая гипертоническая болезнь увеличивают вероятность постоянного или рецидивирующего характера галлюцинирования и делают прогноз для выздоровления относительно неблагоприятным, а без удаления опухоли – абсолютно неблагоприятным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доброхотова Т.А. Психопатология очагового поражения левого полушария / Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина // Межполушарное взаимодействие. Хрестоматия под ред. А.В. Семанович, М.С. Ковязиной. – Москва: Генезис, 2009. – 400 с.
2. Марова Е.И. Нейроэндокринология / Е.И. Марова. – Ярославль: ДИА-пресс, 2009. – 505 с.
3. Структура психических расстройств у больных с очаговыми поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза и нарушениями речи, выявляемыми на этапе нейрореабилитации, и принципы их психофармакотерапии / В.М. Шкловский, Д.И. Малин, Г.Н. Кобозев [и др.] // Соц. и клинич. психиатрия. – 2012. – № 2. – с. 21-25.
4. Cabergoline versus bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia: a systematic review of randomized

- controlled trials and meta-analysis / V. Dos Santos Nunes, R. El Dib, C. L. Boguszewski [et al.] // Pituitary. – 2011. – Vol. 14. – P. 259-265.
5. Chahal H.S. Familial isolated pituitary adenomas / H.S. Chahal, M. Korbonits, V.K. Kumar // Europ. Congress of radiology. – 2010. – Vol. 5. – P. 2638-2640.
6. Kazunori A. Short and long effects of transphenoidal surgery on growth hormone producing pituitary adenomas: based on the experiences with 290 patients. CY10-4-1, S280. 14th International Congress of Endocrinology (ICE 2010) / A. Kazunori // Endocrinol. J. – 2010. – Vol. 57. – P. 68-72.
7. Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases / Lyketsos C., Robins P., Lipsey J. [et al.]. – New York: Oxford University Press, 2008.

REFERENCES

1. Dobrohotova TA, Bragina NN. [Psychopathology of focal lesions of the left hemisphere. Hemispheric interaction]. Hrestomatija. Pod red. Semanovich AV, Kozjavinoj MS. M.: Genezis. 2009;400. Russian.
2. Marova YeI. [Neuroendocrinology]. Jaroslavl': DIA-press. 2009;505. Russian.

3. Shklovskij VM, Malin DI, Kobozev GN i dr. [Structure of mental disorders in patients with focal brain lesions of vascular and traumatic genesis and speech disorders, that revealed at stage of neurorehabilitation, and principles of their pharmacotherapy]. Soc. i klinich. psihiatrija. 2012;2:21-25. Russian.

4. Dos Santos Nunes V, El Dib R, Boguszewski CL et al. Cabergoline versus bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Pituitary*. 2011;14:259-65.

5. Chahal HS, Korbonits M, Kumar VK. Familial isolated pituitary adenomas. *Europ. Congress of radiology*. 2010;5:2638-40.

6. Kazunori A. Short and long effects of trans-sphenoidal surgery on growth hormone producing

pituitary adenomas: based on the experiences with 290 patients. CY10-4-1, S280. 14th International Congress of Endocrinology (ICE 2010). *Endocrinol. J.* 2010;57:68-72.

7. Lyketsos C, Robins P, Lipsey J et al. *Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases*. New York: Oxford University Press. 2008.

Стаття надійшла до редакції
04.01.2016



УДК 616.37-006-036

С.І. Карпенко,
І.С. Шпонька*,
В.Ф. Завізіон**,
Є.М. Завізіон,
В.Р. Скорик,
А.В. Снісарь***

РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: СОЛІДНА ПСЕВДОПАПІЛЯРНА ПУХЛИНА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії №2

(зав. – д.мед.н., проф. О.Б.Кутувий)

кафедра патологічної анатомії і судової медицини *

(зав. – д.мед.н., проф. І.С. Шпонька)

кафедра онкології та медичної радіології **

(зав. – д.мед.н., проф. І.М. Бондаренко)

вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 40944, Україна

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова ***

(гол. лікар – д. мед. н., проф., Засл. лікар України С.А. Риженко)

Дніпропетровськ, 49000, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

Department of surgery N 2

e-mail: zavizion88@list.ru

Department of pathological anatomy and forensic medicine *

e-mail: skorikvr@gmail.com

Department of Oncology and medical radiology **

e-mail: kafedraradonco@gmail.com

Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine

Dnipropetrovsk regional clinical hospital named after. I. I. Mechnikov ***

Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine

Ключові слова: солідна псевдопапілярна пухлина підшлункової залози, діагностика, клінічне спостереження
Key words: solid pseudopapillary tumor of pancreas, diagnostics, clinical observation

Реферат. Редкий клинический случай: солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы. Карпенко С.И., Шпонька И.С., Завизион В.Ф., Завизион Е.Н., Скорик В.Р., Снисарь А.В. Солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы (опухоль Франца) – редкое опухолевое заболевание с неопределённым злокачественным потенциалом. Встречается у молодых женщин, преимущественно в возрасте до