

Диагностическое значение феномена дежа вю в клинике опухолей головного мозга

П.Н. Власов, А.В. Червяков, С.В. Ураков, А.А. Лукшина

Московский государственный медико-стоматологический университет;

Научный центр неврологии РАМН;

НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН (Москва)

В России заболеваемость опухолями головного мозга (ОГМ) составляет 7,5 на 100 000 человек. Одним из симптомов, сопровождающих ОГМ, может быть феномен Дежа вю (ДВ). ДВ — *déjà vu* (франц.) — «уже виденное» — расстройство психической деятельности, связанное с восприятием окружающей действительности, при котором незнакомая, совершенно новая обстановка кажется знакомой, уже когда-то виденной. Цель: определить особенности и распространенность ДВ у пациентов с ОГМ. Материалы и методы: общая группа исследования — 197 человек (средний возраст $27,1 \pm 13,2$; 47% муж.). 1 подгруппа — 139 здоровых испытуемых; 2 подгруппа — 58 пациентов с ОГМ, отобранных из 1772 пациентов с ОГМ и эпилептическими приступами, проходившими обследование и лечение в ГУ НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН с 2001 по 2010 год. Испытуемым предлагалась анкета на выявление различных характеристик ДВ (частота, длительность, эмоциональный фон), кембриджский деперсонализационный опросник, проводилось видео-ЭЭГ исследование. При статистической обработке использовались методы непараметрической статистики — метод доверительных интервалов, критерий Манна-Уитни и др. ($p \leq 0,05$). Результаты: ДВ проявляется у 97% здоровых испытуемых. У пациентов с ОГМ и эпилептическими припадками в клинике зафиксировано у 3,3% пациентов. Наиболее часто ДВ встречается при астроцитоммах (50%, $p=0,002$) правой (72%, $p=0,0001$) височной доли; сочетается с генерализованными припадками (54%) и обонятельными галлюцинациями (24%). У пациентов с ОГМ найдены достоверные отличия в характеристиках ДВ по сравнению со здоровыми: частота — до нескольких раз в день ($Z=5,58$; $p=0,000001$); длительность — несколько минут ($Z=-2,78$; $p=0,004$), ДВ сопровождается отрицательной эмоциональной окраской ($Z=-2,35$; $p=0,02$) и наличием страха ($Z=3,81$; $p=0,00002$). Выводы: важнейшим для диагностики является не только факт наличия ДВ, но и изменение его характеристик (учащение, удлинение и т.п.).

Ключевые слова: опухоли головного мозга, дежа вю, симптоматическая эпилепсия, психопатологическая симптоматика

Введение

Ранняя диагностика новообразований головного мозга является одной из важнейших задач практических неврологов и нейрохирургов. В соответствии с гистологической классификацией ВОЗ (2000) выделяют следующие основные типы опухолей ЦНС: 1) нейроэпителиальные опухоли; 2) опухоли оболочек; 3) опухоли из черепных и спинномозговых нервов; 4) опухоли гематопоэтического ряда; 5) герминативно-клеточные опухоли; 6) кисты и опухолевидные образования; 7) опухоли области турецкого седла; 8) локальное распространение опухолей из смежных анатомических регионов; 9) метастатические опухоли [15].

Согласно данным Консорциума по эпидемиологическим исследованиям опухолей головного мозга (Brain Tumor Epidemiology Consortium) среднемировые показатели заболеваемости первичными опухолями мозга равняются 3,7 на 100 000 населения в год для мужчин, 2,6 для женщин [11, 19, 21, 26, 28, 32, 35]. В России, опухоли головного мозга (ОГМ) встречаются со средней частотой от 5 до 7,5 случаев на 100 000 [22, 23, 25, 27].

Психические нарушения в клинической картине церебральных опухолей отмечаются у 25–100% больных [10, 15], причем у 15–20% из них они оказываются первым и единственным симптомом заболевания [5, 33].

Среди всех первичных новообразований головного мозга наиболее распространенными (40–62%) являются глиальные опухоли. Глиомы, по сравнению с другими опухолями больших полушарий головного мозга, чаще всего приводят к появлению психиатрических симптомов [30].

При растущих глиальных опухолях более чем в трети наблюдений первым и единственным симптомом болезни оказываются эпилептические припадки [5, 16, 27, 24, 34]. 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) эпилептические припадки наблюдаются лишь у 29–37% больных. При этом нередко эпилептический приступ проявляется исключительно психопатологическими нарушениями [15, 24, 29], которые часто игнорируются как пациентами, так и врачами. При глиомах низкой степени злокачественности сроки от первого приступа до обнаружения опухоли составляют в среднем 10–15 лет [4, 14, 16]. Часто пациентов начинают обследовать на предмет наличия 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 опухоли головного мозга. Одним из наиболее ярких их приступных проявлений является феномен «дежа вю».

Большая медицинская энциклопедия дает определение ДВ, как расстройства психической деятельности, связанного с восприятием окружающей действительности, при котором кажется, что незнакомые предметы, новая обстановка, люди, увиденные в первый раз, на какое-то мгновение воспринимаются как уже знакомые [2]. Согласно другому определению, ДВ (фр. *déjà vu* — «уже виденное») — 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, куда относятся также «дежа векю» (уже пережитое) и «дежа энтенду» (уже слышанное). Дежа вю обычно сопровождается ощущением странности и нереальности происходящего [8]. Термин впервые использован французским психологом Эмилем Буарком (1851–1917) в книге *L'Avenir des sciences psychiques (Психология будущего)*. Состояние дежа вю может сопровождаться деперсонализацией, когда 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 людей (до 97% популяции), при нарушениях сна, тревожности, синдроме Шарля Бонне, височной эпилепсии (ВЭ), депрессии, шизофрении и может являться ранним симптомом ОГМ [7, 16, 20, 36–38]. Одними из первых ДВ у больных с опухолями мозга описали Кристани (1935) и Шмарьян (1940) [17]. Большинство авторов придерживается мнения, что ДВ появляется при поражении правой височной доли [5, 6, 31, 38], согласно другим работам нет никаких указаний, что ДВ чаще встречается при локализации поражения в правом полушарии [4]. Данную особенность ДВ рассматривают с позиций межполушарной асимметрии [6, 16]. Например, у левой ДВ встречаются достоверно чаще [5, 13].

Вовлечение в патологический процесс височной доли объясняет частое сочетание ДВ с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями, вегетативными сдвигами, вестибулярными нарушениями [5].

Таким образом, ДВ встречается как у здоровых людей, так и при органическом поражении головного мозга. В этой связи появляется необходимость выделения критериев дифференциальной диагностики, когда ДВ считать вариантом нормы, а когда — симптомом заболевания. Целью настоящей работы было изучение феномена ДВ в клинике опухолей головного мозга.

Материалы и методы

Общую группу исследования составили 197 человек (средний возраст 27,1±13,2; 47% мужчин). Феномен ДВ сравнивался в двух отдельных группах: первая — здоровые испытуемые (n=139), вторая — пациенты с ОГМ (n=58). У всех здоровых исследуемых в анамнезе исключались пароксизмальные проявления различного генеза (синкопальные состояния, вегетативные пароксизмы, психогенные, эпилептические и фебрильные припадки и др.) на протяжении всей жизни [3]. Выборочно приблизительно каждому третьему испытуемому из этой группы проведено стандартное ЭЭГ-исследование для исключения эпилептиформной

активности. Пациенты из второй группы были отобраны после ретроспективного анализа 1772 выписок из историй болезни больных с ОГМ и эпилептическими приступами, проходивших с 2001 года лечение в ГУ НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. Диагноз ОГМ был выставлен согласно данным клинического, нейровизуализационного и гистологического обследования. Всем здоровым испытуемым и 25 пациентам с ОГМ был предложен специальный разработанный нами опросник для выявления характеристик ДВ, по которому определялись частота, длительность феномена, и сопровождающие его эмоции. У всех пациентов второй группы дополнительно оценивались взаимосвязи встречаемости ДВ и его характеристик с клинической картиной, локализацией опухоли, ее гистологическим строением. Гистологическое распределение опухолей у 58 пациентов с ОГМ и ДВ в клинике описано в части «результаты». Анализ распределения опухолей по гистологии у 1772 пациентов (данные ретроспективного анализа) на данном этапе работы не проводился. Из 58 пациентов с ОГМ 6 (10,3%) были левшами. Полное обследование на профиль функциональной асимметрии удалось уточнить только у части пациентов.

Для описания данных, имеющих нормальное распределение, использовали средние значения (M) и среднеквадратичное отклонение (s) в формате M±s, в случае распределения признаков отличных от нормального — медианами (Me) и квартилями (Q1; Q2) в формате Me [Q1; Q2]. Для статистической обработки использовались методы параметрической и непараметрической статистики (Критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 , корреляция Спирмена, метод доверительных интервалов (МДИ), $p \leq 0.05$).

Результаты

Место феномена ДВ в клинике опухолей мозга. Данная часть исследования проводилась исключительно на пациентах второй группы. Показано, что ДВ является не столь редким симптомом. Из 1772 пациентов с ОГМ и эпилептическими приступами в анамнезе, проходивших лечение в НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с 2001 года по 2010 год, в жалобах указания на симптом ДВ определены у 58 из них (3,3%). Причем в подавляющем большинстве наблюдений (94,4±5,6%) ДВ не был единственным симптомом, а сочетался с другими проявлениями новообразования, так как в только 5 случаях (8,6±2,3%) этот феномен являлся единственным в клинике ОГМ, а в 11 случаях (18,9±5,1%) появлялся первым из симптомов ($p=0,0002$; МДИ).

В табл. 1 представлено сочетание ДВ с другими симптомами у пациентов с ОГМ.

таблица 1: Сочетание ДВ с другими клиническими симптомами у пациентов с ОГМ.

Симптом	% встречаемости с ДВ
Генерализованный судорожный припадок	53,5±5,1%
Обонятельные галлюцинации	23,9±6,6%
Сенсорные проявления (жжение, онемение конечностей)	21,1±2,3%
Страх	14,1±2,3%

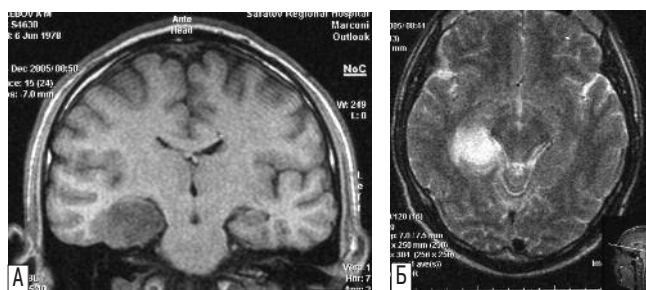


рис. 1: МРТ головного мозга пациента Г. в 2005 году. Во фронтальной и боковой проекциях определяется внутримозговое объемное образование правой височной доли.

А – фронтальная проекция; Б – аксиальная проекция.

Как видно из табл. 1, при поступлении в клинику феномен ДВ наиболее часто сочетался с генерализованными судорожными припадками ($53,5 \pm 5,1\%$), частота которых была достоверно больше, чем у других симптомов ($p=0,003$; МДИ).

Важно заметить, что частое сочетание ДВ с другими клиническими проявлениями ОГМ не уменьшает его значимости для диагностики этих заболеваний. В клиническом примере № 1 показано, что ДВ может являться единственным симптомом растущей опухоли, позволяющим предположить ОГМ.

Клинический пример № 1. Пациент Г., 32 лет, менеджер, правша. С октября 2005 г. впервые в жизни (!) отметил появление приступов «уже виденного» (дежа вю), проявляющихся тревожным, неприятным чувством схожести происходящих событий с предыдущим опытом, «как будто я уже был в этом месте». Дежа вю беспокоили 1-2 раза в месяц и длились около 5 секунд. К февралю 2006 года частота приступов достигла 2-3 раз в неделю. Обследован неврологом, очаговой неврологической симптоматики не выявлено, рекомендовано дообследование. МРТ (19.12.05): диффузная опухоль медиальных отделов правой височной доли (рис. 1). 15.03.2006 в НИИ Нейрохирургии проведена «Стереотаксическая биопсия опухоли медиальных отделов правой височной доли». При гистологическом исследовании – астроцитоме с полиморфизмом ядер. Назначена противоэpileптическая терапия (Депакин-хроно 500 мг/сут), на фоне которой приступы ДВ полностью регрессировали. Учитывая данные МРТ, результаты биопсии и диффузный характер роста опухоли, принято решение в настоящее время воздержаться от проведения хирургического лечения. Рекомендован курс лучевой терапии. Осенью 2006 года проведен курс лучевой терапии. При динамическом обследовании в марте 2008 года: на фоне терапии депакином в прежней дозе дежа вю и другие пароксизмальные состояния не беспокоят. По данным МРТ от 18.03.08 – по сравнению с МРТ от 18.07.06 – значительное уменьшение размеров опухоли. С лета 2010 г. возобновились состояния дежа вю. По МРТ в апреле 2010 г. было выявлено увеличение размеров опухоли. Рекомендовано проведение химиотерапии. В настоящее время продолжает обследование и лечение в НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

ДВ имеет немаловажное значение в топической диагностике поражения мозга. Учитывая неодинаковое влияние правого и левого полушарий мозга на генерацию ДВ, была



рис. 2: Процентное соотношение гистологической структуры ОГМ у пациентов с ДВ в клинике.

проанализирована межполушарная частота новообразований у пациентов с ДВ. У большинства пациентов ($71,8 \pm 6,3\%$) ДВ появляется при поражении правого полушария, в $28,2 \pm 3,3\%$ – левого, что достоверно меньше ($\chi^2=19,01$; $p=0,00001$). При этом пациенты с поражением височной доли и ДВ не были левшами. При анализе МРТ снимков у пациентов с ДВ в анамнезе было также выявлено, что у большинства из них ($84,5 \pm 5,1\%$) для генерации ДВ необходимо поражение медиальных отделов височной доли с вовлечением гиппокампа ($\chi^2=47,61$; $p=0,000001$).

Согласно полученным в настоящем исследовании данным, появление ДВ может зависеть от гистологического строения опухоли (рис. 2). Среди 58 отобранных пациентов с ОГМ и ДВ наибольшую долю ($50,7 \pm 3,9\%$) составили лица, имеющие опухоль, соответствующую по гистологическому строению астроцитоме ($p=0,002$; МДИ), однако эти опухоли являются самыми распространенными и составляют 73,3% всех опухолей мозга [28]. Помимо глиальных опухолей, ДВ может проявляться и при сосудистых образованиях (аневризмах и АВМ). При этом нами не было найдено корреляций между степенью злокачественности опухоли и частотой и длительностью припадков.

Сравнительный анализ характеристик ДВ у здоровых и пациентов с опухолями мозга. В дальнейшем были сравнены характеристики ДВ у пациентов с ОГМ и здоровых испытуемых. Сравнивались частота, длительность, эмоциональный фон и страх перед ДВ.

На рис. 3 отражена частота ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ. Если для здоровых испытуемых наиболее характерна частота «несколько раз в год» ($52,2\%$ [$45,3\%$; $66,8\%$]), то у лиц с опухолями мозга ДВ происходит «несколько раз в день» ($34,6\%$ [$25,3\%$; $46,8\%$]). Данные значения статистически достоверно различны (Критерий Манна-Уитни, $Z=5,58$; $p=0,000001$).

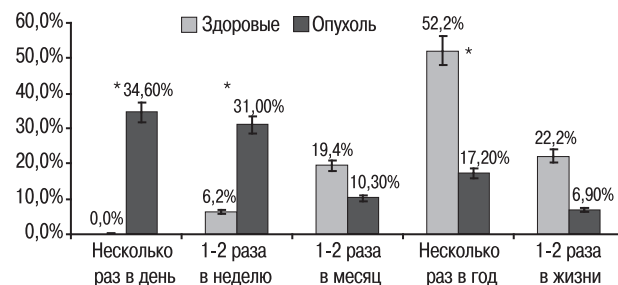


рис. 3: Частота ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ (Критерий Манна-Уитни, * $p \leq 0,05$).

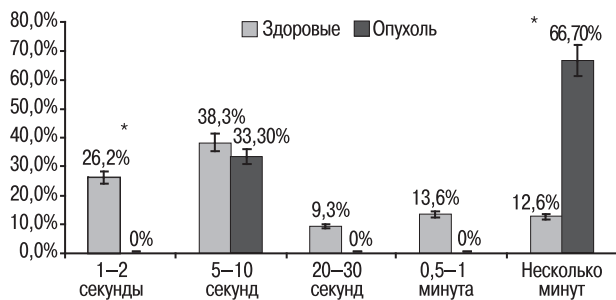


рис. 4: Длительность ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ (Критерий Манна-Уитни, * $p < 0,05$).

ДВ в исследуемых группах отличалось также и по длительности (рис. 4). У здоровых феномен не превышает 10 секунд. Напротив, у пациентов с ОГМ в 66,70% [52,3%; 75,6%] мог длиться несколько минут.

Как показывают данные литературы, ввиду вовлечения лимбической системы, для ДВ характерна специфическая эмоциональная окраска. Также были сопоставлены эмоции, сопровождающие ДВ и страх перед его наступлением в двух обсуждаемых группах (табл. 2). Достоверно показано, что в отличие от здоровых лиц, у пациентов с ОГМ ДВ несет явную негативную окраску, и больные боятся его наступления. Описанные закономерности в целом подтверждены данными литературы [38].

В завершении описания результатов приводим клинический пример, характерный для данной проблемы.

Клинический пример № 2. Пациент Л. 36 л. Муж., программист, правша. В 2005 году отметил впервые (!) появление ДВ: «как будто все это уже было», «смотрю и знаю, что сейчас будет». К врачу не обращался. Через 0,5 года приступы ДВ, постепенно учащаясь, достигли 1–2 раз в неделю и длились более минуты, появился страх. Присоединились обонятельные галлюцинации («непонятно, чем пахнет»). Обратился к врачу. Назначен Депакин-хроно – 1000 мг/сут с положительным эффектом. В 2007 году генерализованный судорожный припадок ночью с мочеиспусканием и прикусыванием языка. Возобновление частых ДВ. При МРТ исследовании головного мозга было выявлено объ-

таблица 3: Отличие основных характеристик ДВ у здоровых и пациентов с ОГМ.

Признак	Норма	Норма (литература)	ОГМ
Дебют	4–6 лет	6–7 лет [20]	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 г.; 31–35 л.	Половое созревание [12]	–
Длительность	1–10 секунд	?	Несколько минут
Ситуация	Спонтанно	Спонтанно, стресс [34]	Связано с припадком
Эмоции	Положительные	+ [9]	Отрицательные в 79% случаев
Боязнь	Отсутствует	?	Присутствует в 70% случаев

емное внутримозговое образование правой височной доли. В ноябре 2008 года в НИИ Нейрохирургии РАМН было произведено удаление опухоли. Гистологический диагноз: Астроцитома правой височной доли. После удаления опухоли частота приступов снизилась на 70%. Продолжает принимать Депакин-хроно 1000 мг/сут постоянно.

Особо следует подчеркнуть, что как в клиническом примере № 1, так и № 2, у пациентов не было выявлено никаких очаговых неврологических проявлений и психических нарушений, что придает особое значение ДВ, как моносимптому в клинике растущих глиальных опухолей мозга.

Обсуждение результатов

В табл. 3 проведено сравнение характеристик ДВ у здоровых испытуемых и пациентов с ОГМ. Как было отмечено выше, ДВ в клинике ОГМ с эпилептическими припадками – частый симптом, характеризующийся наибольшей встречаемостью при поражении правой височной доли и, как правило, сочетающийся с генерализованными судорожными припадками и обонятельными галлюцинациями. В отличие от здоровых, у пациентов с ОГМ частота ДВ достигает нескольких раз в день, длительность – нескольких минут (до 5), характеризуется отрицательной эмоциональной окраской и сопровождается страхом.

В литературе имеются данные, что ввиду широкой распространенности в здоровой популяции ДВ, этот феномен не может использоваться в диагностике заболеваний нервной системы [31]. Как было показано в предыдущей публикации [3] «патологическое» ДВ имеет принципиально иные характеристики, позволяющие дифференцировать его от «нормального».

Остается открытым вопрос о сходстве или различии патофизиологических механизмов образования ДВ у здоровых и при ОГМ.

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

Признак сравнения		Здоровые	ОГМ	Достоверность (Критерий Манна-Уитни)
Страх перед ДВ	«Боюсь ДВ»	3,7%*	70%*	
	«Не боюсь ДВ»	83,2%*	30%*	Z=3,81; p=0,00002
	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%	

Примечание: * $p < 0,05$.

Заключение

Феномен ДВ в клинике растущих опухолей мозга может являться первым и единственным симптомом новообразования. Выявлены характерные отличия данного феномена при ОГМ от такового у здоровых людей. Для диагностики,

по-видимому, является значимым не столько сам факт наличия феномена ДВ, сколько изменение в его характеристиках (учащение, удлинение — до минут, отрицательная эмоциональная окраска и страх) или его первичное появление.

Список литературы

1. Бабчин И.С., Бабчина И.П. Клиника и диагностика опухолей головного и спинного мозга. Л.: Медгиз, 1973: 184.
2. Большая медицинская энциклопедия. Главн. ред. Б.В. Петровский. Изд-е 3-е. [В 30-и томах] М.: «Советская энциклопедия», 1977. Т. 7. Дегидразы-Дядковский, 548.
3. Власов П.Н., Червяков А.В. Значение феномена дежа вю у здоровых. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2009; 2: 53–57.
4. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1988: 240.
5. Доброхотова Т.А., Ураков С.В., Чебышева Т.А. Психические нарушения опухолей больших полушарий головного мозга. В кн. Нейропсихиатрия. М.: Издательство «Бином», 2006: 107–131.
6. Калинин В.В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика. Попытка нейропсихиатрического подхода. В кн. Боголепов Н.Н., Фокин В.Ф. (ред.) Функциональная межполушарная асимметрия. М: Научный мир, 2004: 546–570.
7. Карлов В.А. Расстройства психики при эпилепсии. Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2007; 1 (2): 9–16.
8. Коркина М.В. Психиатрия. М.: МЕДпресс-информ, 2006: 567.
9. Макаров И.В. Деперсонализация. Социальная и клиническая психиатрия 1999; 9(3): 91–95.
10. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. М.: Медицина, 2004: 3 (1).
11. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 2002: 648.
12. Рыбин Д.Н. Ценностно-смысловая детерминация феномена дереализации: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01: Барнаул, 2005, 156 с., РГБ ОД, 61: 05–19/364.
13. Тетеркина Т.И., Доброхотова Т.А., Олешкевич Ф.В., Федюлов А.С. Эпилепсия и функциональная асимметрия головного мозга. Минск, 1993: 129.
14. Улитин А.Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга среди населения крупного города и пути совершенствования организации медицинской помощи больным с данной патологией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 1997: 68.
15. Ураков С.В., Доброхотова Т.А. Психические расстройства при опухолях головного мозга. В кн. В.Н. Краснова, В.В. Калинина, И.В. Доровских (ред.) Очерки клинической нейропсихиатрии. М.: Граница, 2010: 183–210.
16. Ураков С.В., Доброхотова Т.А. Психопатологические нарушения в структуре эпилептических приступов и межполушарная асимметрия. Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии и нейропластичности (Материалы Всероссийской конференции с международным участием). М.: Научный мир, 2008: 366–369.
17. Шмарьян А.С. Эпилепсия и опухоли мозга. Невропатология и психиатрия 1946; 6: 22–29.
18. Adams J.H. Diffuse brain damage of the immediate impact type. Brain 1977; 100: 489.
19. Bridget J.Mc., Kate A.S., Jennifer M.P. et al. A Case for the Worldwide Collection of Primary Benign Brain Tumors. Neuroepidemiology 2009; 33: 268–275.
20. Brown A.S. A review of the déjà vu experience. Psychologic Bull. 2003; 129: 394–413.
21. CBTRUS: Statistical Report: Primary Brain Tumors in the United States. 1998–2002. Hinsdale, Central Brain Tumor Registry of the United States, 2005.
22. Davis F.G., Bruner J.M., Surawicz T.S. The rationale for standardized registration and reporting of brain and central nervous system tumors in population-based cancer registries. Neuroepidemiology 1997; 16: 308–316.
23. Eberhart C.G., Morrison A., Gyure K.A. et al. Decreasing incidence of sudden death due to undiagnosed primary central nervous system tumors. Arch. Pathol. Lab. Med. 2001; 125 (8): 1024–1030.
24. Elisevich K. Epilepsy and Low-Grade Gliomas. In: Rock J.P. et al. (eds.) The Practical Management of Low-Grade Primary Brain Tumors. Ch. 10. 1999: 149–169.
25. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base No. 5, version 2.0. Lyon, IARC, 2004.
26. GLOBOCAN. Worldwide Incidence and Mortality of Cancer, 2002 [computer program]. Lyon, France: IARC Press; 2002.
27. Inskip T.D., Zinet M.S., Heineman E.F. Etiologic of brain tumors in adults. Epidemiology Rev. 1995; 17: 382–412.
28. Jan C.B., Paul D.B., Brian P.O. et al. Central Nervous System Tumors. Mayo Clin. Proc. 2007; 82 (10): 1271–1286.
29. Khong S.Y., Leach J., Greenwood C. Meningioma mimicking puerperal psychosis. Obstet. Gynecol. 2007; 109 (2): 515–516.
30. Lishmann W.A. Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of cerebral Disorders, third ed. 1996: 218–236.
31. Mayer-Gross W. On Depersonalisation. Brit. J. Psychol. 1936; 15: 103.
32. Melissa L.B., Michael E.S., Beatrice M. et al. Brain Tumor Epidemiology: Consensus From the Brain Tumor Epidemiology Consortium. Cancer. 2008; 1 (113): 1953–1968.
33. Moise D., Madhusoodanan S. Psychiatry symptoms associated with brain tumors: a clinical enigma. CNS Spectrum. 2006; 11: 28–31.
34. Olivier A., Lacerte D. Epilepsy and benign gliomas. In: Apuzzo MJ (eds.) Low-grade glioma. AANS, New-York. 1995: 347–379.
35. Parkin D.M., Whelan, S.L., Ferlay J. et al. Cancer in Five Continents. Lyon, France: IARC Press, 2002.
36. Richardson T.F., Winokur G. Déjà vu in psychiatric and neurosurgical patients. Archives of General Psychiatry 1967; 17: 622–625.
37. Sno H.N., Linszen D.H. The déjà experience: remembrance of things past? Am. J. Psychiatry 1990; 147: 1587–1595.
38. Warren-Gash C., Zeman A. Déjà vu. Practical Neurology 2003; 3: 106–109.

Diagnostic significance of déjà vu phenomenon in clinical presentation of the brain tumors

P.N. Vlasov, A.V. Chervyakov, S.V. Urakov, A.A. Lukshina

Moscow State University of Medicine and Dentistry;

Research Center of Neurology by RAMS;

Research Institute of Neurosurgery by RAMS (Moscow)

Key words: brain tumors, déjà vu, symptomatic epilepsy, psychopathology

The incidence of brain tumors (BT) in Russia is 7.5 per 100000. Déjà vu (French) (DV) phenomenon may present as the one of the BT symptom. DV (French «already seen») is a mental disorder associated with the perception of reality, when an unknown, completely new situation seems to be familiar and already witnessed by the patient. Aim: to determine the characteristics and prevalence of DV in patients with BT. Materials and methods: The study group consisted of 197 subjects (mean age 27.1 ± 13.2 years; 47% men). First subgroup included 139 healthy subjects, 2nd subgroup consisted of 58 patients with BT, that were selected from 1772 patients with BT and seizures. All subjects completed special questionnaire to identify various characteristics of the DV (frequency, duration, emotional background), Cambridge depersonalization questionnaire; video-EEG study was performed. We used specific statistical methods and pro-

grams for analysis (confidence intervals calculation, Mann-Whitney test, etc.) The results were considered significant with $p \leq 0.05$). Results: DV was manifested in 97% of healthy subjects. DV occurred in 3.3% patients with BT and epileptic seizures. The phenomenon was seen more frequently in astrocytomas (50%, $p=0.002$) of right (72%, $p=0.0001$) temporal lobe and was associated with generalized seizures (54%) and olfactory hallucinations (24%). Patients with BT had significant differences in the characteristics of DV compared to the healthy subjects: the frequency of DV up to several times per day ($Z=5.58$; $p=0.000001$); duration – some minutes ($Z=-2.78$; $p=0.004$); DV is associated with negative emotions ($Z=-2.35$; $p=0.02$) and fear ($Z=3.81$; $p=0.00002$). Conclusions: The key to diagnosis is not only the fact of DV experience, but also the changes its characteristics (increased frequency and duration, etc.).

Контактный адрес: Червяков Александр Владимирович – ординатор 2-го года обучения Научного центра неврологии РАМН. 123367, Москва, Волоколамское ш., д. 80. Тел.: +7 (916) 183-10-88; e-mail: tchervyakovav@gmail.com

Власов П.Н. – докт. мед. наук, проф. кафедры нервных болезней МГМСУ;

Ураков С.В. – канд. мед. наук, руководитель психиатрической группы НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН;

Лукшина А.А. – врач-психиатр психиатрической группы НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН (Москва).