

УДК 616.831-005-006:616.1-007

UDC 616.831-005-006:616.1-007

**ПРЕХОДЯЩИЕ ЗРИТЕЛЬНЫЕ
ГАЛЛЮЦИНАЦИИ (ГАЛЛЮЦИНОЗ)
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА**

**TEMPORARY VISUAL HALLUCINATIONS
(HALLUCINOSIS) IN ACUTE PERIOD
OF ISHEMIC STROKE**

Штерева Анна Юрьевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Shtereva Anna Yurievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Семиохин Иван Николаевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Semiokhin Ivan Nikolaevich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Антипова Людмила Николаевна – канд. мед. наук
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Antipova Ludmila Nicolaevna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

В статье представлены два случая появления зрительных галлюцинаций у пациентов в различные сроки ишемического инсульта и разной локализации ишемических очагов, определяемых при нейровизуализации. Особенность редкого клинического феномена (около 3–4 %) заключается в критической оценке возникающих нарушений восприятия. Пациенты понимают нереальность появляющихся образов, не вступают с ними в контакт, не сообщают близким о видениях, опасаясь возможного психиатрического диагноза. По завершении острого периода инсульта зрительные галлюцинации регрессируют.

The article presents two cases of visual hallucinations in patients with different periods of ischemic stroke and different localization of ischemic areas that were revealed in neurovisualization. The peculiarity of the rare clinical phenomenon is in critical estimation of disturbances occurred. The patients admit the unreal visual condition, don't contact with them and don't inform their relatives about hallucinations because of afraid of psychiatric diagnosis. As well as acute period of insult ended, the visual hallucinations are regressed.

Ключевые слова: ЗРИТЕЛЬНЫЕ
ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ИШЕМИЧЕСКИЙ
ИНСУЛЬТ, ЗРИТЕЛЬНАЯ КОРА,
ЛАТЕРАЛЬНОЕ КОЛЕНЧАТОЕ ТЕЛО,
МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ ЗРИТЕЛЬНЫЕ
ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Key words: VISUAL HALLUCINATIONS,
ISHEMIC STROKE, VISUAL FIELD, LATERAL
KNEEL BODY, MULTIMODAL VISUAL
HALLUCINATIONS

Актуальность проблемы

Возникновение зрительных галлюцинаций у пациентов в остром периоде ишемического инсульта предусматривает обширный спектр дифференциальной диагностики для уточнения этиологического фактора и терапевтической тактики. Причины зрительных галлюцинаций – психические и офтальмологические заболевания, болезни нервной системы, прием лекарственных препаратов. Повреждения зрительного пути вызывают дефекты зрительного ввода и приводят к галлюцинациям в результате дефектной обработки зрительной информации или аномального кортикального феномена высвобождения. При повреждении ствола головного мозга страдают восходящие холинергические и серотонинергические пути [1]. Очаговые поражения головного мозга, особенно ишемический инсульт при локализации в затылочной доле и базальных ядрах, могут приводить к различным зрительным феноменам: гомонимной гемианопсии, зрительным галлюцинациям, очаговой эпилепсии со зрительными симптомами, педункулярному галлюцинозу или приобретенной гемидисхроматопсии [2, 3]. Положительные зрительные феномены, возникающие у пациентов с острыми неврологическими заболеваниями при поражениях зрительного анализатора, в том числе зрительной коры, часто остаются незамеченными курирующими врачами [14].

Цель исследования: демонстрация особенностей некоторых зрительных галлюцинаций при остром инсульте и их топографическая приуроченность.

Материал и методы

Пациенты, госпитализированные в экстренном порядке в неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения с очагами ишемии в медиальной затылочной коре.

МР-томограф 1,5 Тл Toshiba Titan. Опрос пациентов с уточнением характеристик зрительных галлюцинаций в каждом случае, консультация окулиста.

Для демонстрации клинических случаев содержание терминов:

- зрительные галлюцинации – зрительное восприятие, не связанное с реальным объектом;

- мультимодальная (зрительная) галлюцинация – сочетание галлюцинаций в других органах чувств. Содержание в разных модальностях может быть перцептивно связано (например, фигура, говорящая с пациентом) или не связано (бестелесный голос, содержание которого не обусловлено фигурой);

- псевдогаллюцинация – в неврологической литературе галлюцинация, сопровождающаяся осознанием (галлюциноз);

- полное осознание – в контексте зрительных галлюцинаций понимание того, что переживание нереально.

Осознание может отсутствовать при первом возникновении галлюцинации в результате навязчивого характера, но при повторных случаях переживание распознается как ложное [17]. В современной русскоязычной литературе для описания зрительных галлюцинаций при инсульте применяют термин «зрительные галлюцинации при инсульте».

В статье авторы используют этот вариант, предусматривая частный случай зрительных феноменов с сохраненным осознанием.

Представленные клинические случаи демонстрируют проявления зрительных нарушений по типу галлюциноза у пациентов с ишемическим инсультом.

Клинический случай 1

Больной Г., мужчина, 52 лет. Анамнез: сахарный диабет 2-го типа, на инсулинотерапии; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (транзиторная ишемическая атака (ТИА)?) в 2009 г., проявляющаяся

кратковременным (около 10 мин) нарушением памяти и чтения (забывал имена родственников, сотрудников, не мог прочитать текст), за медицинской помощью не обращался.

С 16.06.2025 пациент находился на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении с диагнозом: атеросклероз, стеноз правой внутренней сонной артерии до 70 %, сосудисто-мозговая недостаточность (СМН) 1 ст. 16.06.2025 проводили транскраниальную баллонную ангиопластику (ТБА) правой внутренней сонной артерии (ВСА) с имплантацией стента Wallstent 7 × 30 мм.

С 17.06.2025 пациент отмечал ухудшение состояния – выраженную головную боль. Осмотрен неврологом, по результатам выполненной компьютерной томографии (КТ) головного мозга: признаков очагов острой ишемии/кровоизлияния головного мозга не выявлено; атрофические церебральные изменения. С обеда 17.06.2025 после регресса головной боли отметил зрительные нарушения преимущественно в левом поле зрения: видел фигуры людей, описывал точные подробные образы, слышал стук в дверь, наблюдал входящих людей. Например, пациент видел женщину в пышном наряде с фатой, которая принесла ему тарелку черешни, затем она «вошла» в шкаф и исчезла. Пациент подробно описывает фигуру и цвета одежды женщины, он пытался беседовать с ней. Неоднократно видел входящего в палаты после стука в дверь молодого человека в черной одежде. Кратковременные по продолжительности (менее минуты) зрительные нарушения повторялись неоднократно в течение дня. Критика пациента зрительных образов сохранена, он понимал их нереальность, не испытывал страха, присутствовали интерес к происходящему и элемент развлечения.

18.06.2025 симптомы повторялись, пациент не говорил о них медперсоналу.

19.06.2025 выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: в корково-субкортикальных отделах правой теменной и

правой височной долях – лакунарные очаги рестрикции диффузии, поперечные размеры – до 3 мм.

Заключение. Лакунарные очаги острой ишемии в теменной и височной долях справа. Структурные изменения белого вещества обеих гемисфер мозга, вероятно, сосудистого генеза, на фоне выраженной церебральной атрофии (рисунок 1).

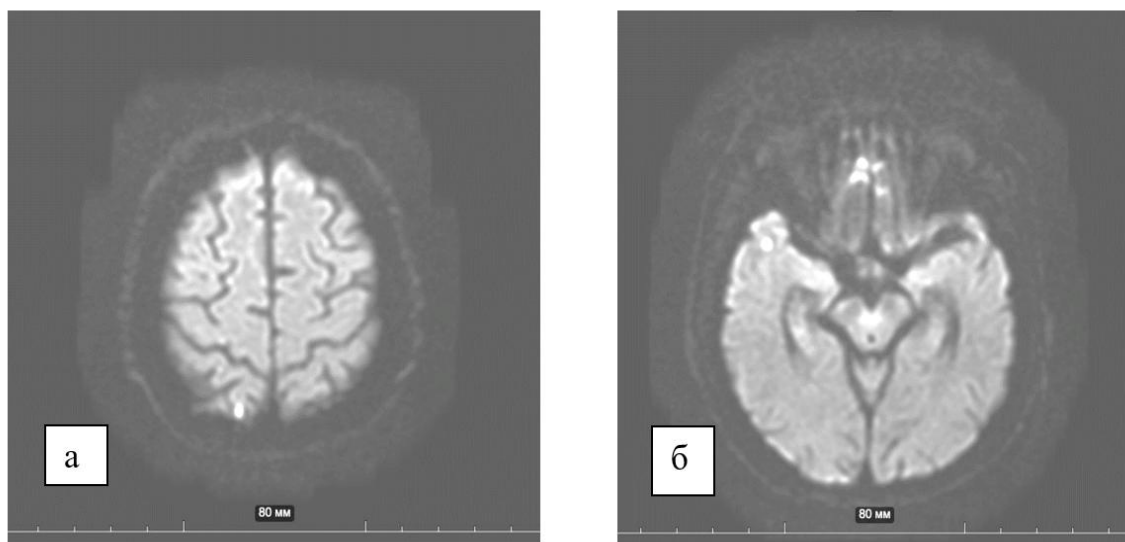


Рисунок 1 – Пациент Г., 52 лет. МРТ головного мозга. Диффузионно-взвешенное изображение (DWI): зона инфаркта в дорсо-медиальном отделе правой затылочной (а) и правой височной (б) долях

Вызван невролог Регионального сосудистого центра (РСЦ-НО). Пациент переведен в блок интенсивной терапии и реанимации (БИТР) неврологического отделения для больных ОНМК. Выставлен клинический диагноз: малый ишемический (лакунарный патогенетический подтип по критериям TOAST) инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии от 17.06.2025 (очаги ишемии в субкортикальных отделах височной и теменной долей справа размерами до 3 мм), острый период. Преходящая левосторонняя пирамидная недостаточность, гипестезия левой руки. Транзиторный комплексный зрительный галлюциноз острейшего периода. Причина возникновения инсульта – артериально-артериальная эмболия из бляшки правой внутренней сонной артерии, вероятно, фрагментированной при баллонной ангиопластике.

На фоне проводимого лечения зрительные симптомы у пациента повторялись. Он повторно видел женщину, выходящую из шкафа или из стены, отмечал плывущие яркие цветные изображения на стене. Наблюдал движущиеся бревна леса, распил их на доски и большое количество древесной стружки, которая со стены просыпалась на пол и собиралась в большую кучу. При попытке потрогать стружку изображение пропало. В следующий раз пациент видел изображение военных действий на стене. Осмотрен клиническим психологом. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE норма 24–30 Б) – 29 Б – когнитивные нарушения не определяются. Ведущее нарушение – перцептивные иллюзии движения, соответствуют поражению глубинных зрительных путей правой гемисферы. При сохранности базовых когнитивных функций выделяют специфический психосенсорный синдром. Предположительно перцептивные расстройства без бредовой интерпретации. Перцептивный компонент (иллюзии движения, пространственная дезинтеграция. Астено-тревожный синдром (фрустрационная лабильность), нейродинамический дефицит (инертность зрительного анализа). На фоне проводимого лечения признаки улучшения состояния: зрительные галлюцинации происходили реже, затем полностью регрессировали.

Клинический случай 2

Пациентка Х., 88 лет. Жалобы на появление темных пятен в различных полях зрения, преимущественно в правом. Видения (люди появляются и сидят у нее на спине) определяет как галлюцинации, относится к ним как к нереально существующим. Поведенчески пациентка не демонстрирует отношения к видимым образам и не участвует в событиях, которые происходят.

Зрительный феномен появился за три дня до поступления в неврологическое отделение для больных с ОНМК. В анамнезе пациентка и родственники не отмечали острую церебральную патологию. У пациентки

диагностирована офтальмологическая патология – зрелая катаракта обоих глаз и макулодистрофия. При клиническом осмотре выявлены признаки, описываемые при галлюцинозе Лермитта, а также Шарля Бонне.

При проведении МРТ головного мозга обнаружены формирующиеся двусторонние постишемические очаги в медиальных отделах обеих затылочных долей (рисунок 2).

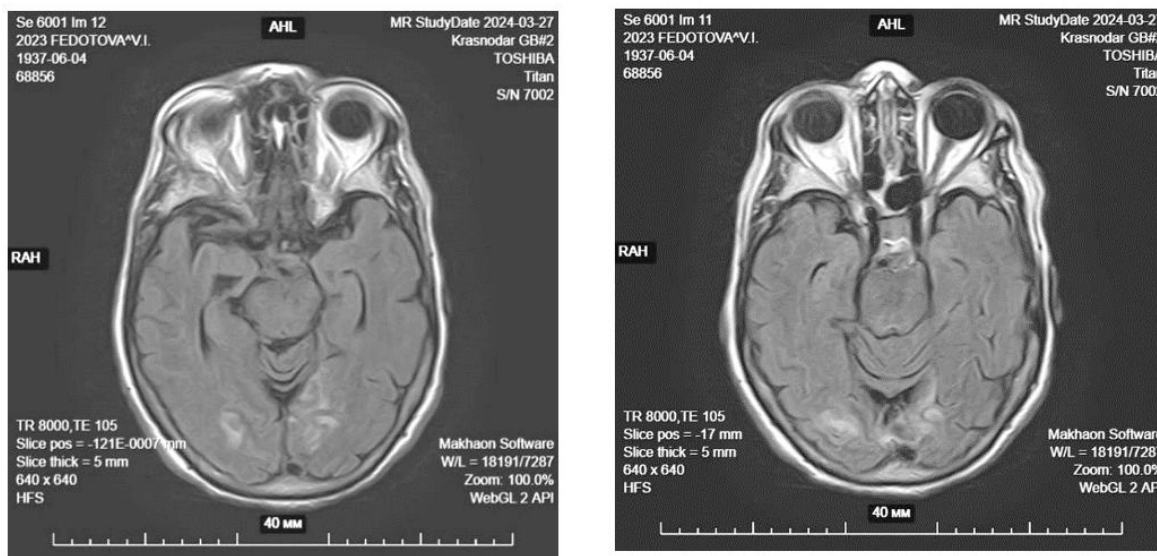


Рисунок 2 – Пациентка Х., 88 лет. МРТ головного мозга. Двусторонние постишемические очаги в обеих затылочных долях (МР-томограф 1,5 Тл Toshiba Titan)

Обсуждение

Зрительные галлюцинации распространены при дегенеративных заболеваниях мозга и глаз. Симптомы присутствуют у пациентов при болезнях: Паркинсона, Гентингтона, Альцгеймера, деменции с тельцами Леви, в структуре – делирия и психиатрические расстройства или при офтальмологической патологии [4]. В структуре симптомов ишемического инсульта при вовлечении в процесс коры и проводящих путей затылочной доли и височных отделов головного мозга возникают разнообразные зрительные нарушения: гомонимная гемианопсия, зрительная пространственная и объектная агнозия [5]. Зрительные галлюцинации, вызванные острым ишемическим поражением головного мозга, развиваются через несколько дней после инсульта и встречаются в рамках

педункулярного галлюциноза (галлюциноз Лермитта) и синдрома Шарля Бонне, а также в структуре синдромов поражения затылочной и височной долей головного мозга [6]. Пациенты часто осознают нереальность видимых образов и не рассказывают об этом лечащему врачу, опасаясь диагноза психиатрического расстройства.

Педункулярный галлюциноз – сложные зрительные галлюцинации, возникающие при очаговом поражении таламуса и ростральных отделов ствола головного мозга. Образы возникают при ясном сознании, чаще вечером, при плохом освещении [9, 10]. Наиболее распространенная причина синдрома – инфаркт в области среднего мозга, варолиева моста и таламуса с вовлечением срединных групп ядер ретикулярной формации. Синдром развивается у около 10 % пациентов с ишемическим инсультом в вертебробазилярной системе и объясняется феноменом «коркового высвобождения» [10, 11].

Феномен обусловлен снижением тормозного влияния ствола головного мозга и таламуса на нижнюю височную и/или затылочную кору с последующим усилением ее активности [10]. Повышается возбудимость нейронов первичной и вторичной зрительной коры и генерации спонтанных электрических разрядов.

Галлюцинации развиваются при открытых и закрытых глазах, локализуются в любой части полей зрения и продолжаются от нескольких минут до нескольких часов [6]. Это статичные или перемещающиеся лица или фигуры людей и животных. Образы могут быть многочисленными, размытыми по контуру, нормальных или уменьшенных размеров, обычного или искаженного вида, черно-белые или цветные [6]. Изображения появляются приступообразно, трансформируются из простых форм (пятно света) в сложные фигуры, могут менять контуры и величину, положение в пространстве, участвуют в сложных сценах. Образы сочетаются со слуховыми галлюцинациями – видимые лица разговаривают. Как правило,

пациент находится вне наблюдаемых сцен и не принимает в них участия, является их наблюдателем, что отличает галлюцинации от сновидений. Эмоциональная реакция – чувство интереса и удивления, но не страха [12]. Пациент со временем начинает частично или полностью осознавать нереальность происходящего в отличие от больного с психотическими расстройствами.

Синдром Шарля Бонне – это заболевание, при котором сложные зрительные галлюцинации возникают одновременно с изменениями зрения, в частности, потерей поля или остроты зрения [7, 8]. Синдром отмечают при поражении любого участка зрительного пути, включая зрительный нерв, мозг или глаз. Состояние является результатом деафферентации зрительной коры головного мозга, снижения модулирующего влияния со стороны таламуса и корковых структур.

Галлюцинации определяют как простые (вспышки, формы, линии) и сложные (ясные, сложные, сформированные образы людей, животных, растений предметов и сцены) [8]. Образы бывают отчетливые, детализованные, подвижные, часто ярко окрашенные. Пациенты видят лица и фигуры людей, животных, неживые объекты по форме и размерам нормальные или несколько уменьшены. Длительность наблюдения образов составляет несколько минут или часов. Пациенты не осознают нереальность визуальных переживаний, но со временем понимают факт обмана восприятия [8]. При синдроме Шарля Бонне описаны иллюзии, что не характерно для педункулярного галлюциноза [13].

Сложные зрительные галлюцинации при инсульте наблюдают при поражении вторичной зрительной коры затылочной доли (поля 18 и 19 по Бродману), смежных с ней височно-теменно-затылочной и нижних отделов височной доли при повреждении вентрального зрительного пути. В таком случае зрительные галлюцинации развиваются при отсутствии дефектов полей зрения и занимают все, а не половину поле зрения. Галлюцинации

описаны как черно-белые или цветные образы, статичные или подвижные, единичные или множественные, обычного размера либо уменьшенные [14]. Если вовлекается зрительная доля, часто присутствуют метаморфопсии.

Таким образом, в первом клиническом случае имело место изолированное поражение коры головного мозга без повреждения первичного зрительного пути (без макулодистрофии и поражения сетчатки на фоне длительного анамнеза сахарного диабета 2-го типа).

Во втором клиническом случае представлено сочетанное поражение нескольких структур зрительного пути у пациента с ишемическим инсультом с вовлечением коры правой височной и затылочной долей головного мозга на фоне зрелой катаракты и макулодистрофии.

У пациентов не наблюдали наиболее часто встречающихся при инсульте синдромов – гемипареза или гемигипестезии.

Выводы

1. При ишемическом инсульте зрительные галлюцинации имеют преходящий характер, не предусмотрено дополнительное лечение. Пациента ведут по программе ишемического инсульта.

2. У пациентов сохранена критика в отношении зрительных галлюцинаций при ишемическом инсульте, однако их не всегда обозначают в жалобах.

3. Зрительные галлюцинации, возникающие в остром периоде ишемического инсульта, вызывают тревогу у пациентов. Проявления психиатрических заболеваний заставляют скрывать симптомы от врача.

4. Зрительные галлюцинации при инсульте могут входить в мультимодальный комплекс, т. е. сочетаться с галлюцинациями, характерными для других сенсорных систем, но всегда осознаются пациентами как ложные.

5. При развитии очага ишемии на любом участке зрительного анализатора целесообразно активно выявлять осознаваемые пациентом зрительные галлюцинации, которые внешне не изменяют его поведение, но повышают уровень тревоги.

Список литературы

1. *Manford M.* Complex visual hallucinations. Clinical and neurobiological insights / *M. Manford, F. Andermann* // *Brain*. – 1998. – Oct; 121 (Pt 10):1819–40. doi: 10.1093/brain/121.10.1819. PMID: 9798740. *Манфорд М.* Сложные зрительные галлюцинации / *М. Манфорд, Ф. Андерманн* // Клинические и нейробиологические аспекты 85 Jan; 48(1):29–38. doi: 10.1136/jnnp.48.1.29. PMID: 3973619; PMCID: PMC1028179.
2. *Bouvier S. E.* Behavioral deficits and cortical damage loci in cerebral achromatopsia / *S. E. Bouvier, S. A. Engel* // *Cereb Cortex*. – 2006 Feb. ; 16(2):183–91. doi:10.1093/cercor/bhi096. Epub. 2005 Apr 27. Erratum in: *Cereb Cortex*. – 2006 Oct;16(10):1529. PMID: 15858161.
3. *Santhouse A. M.* Зрительные галлюцинаторные синдромы и анатомия зрительного мозга / *A. M. Santhouse, R. J. Howard, D. H. Ffytche* // *Brain*. – 2000; 123 : 2055–64. 10.1093 / brain / 123.10.2055
4. *Тихомиров Г. В.* Зрительная объектная агнозия при остром ишемическом инсульте: первый нейровизуализационный биомаркер / *Г. В. Тихомиров, В. Н. Григорьева, А. С. Суркова* // Доктор. Ру. – 2021; 20(9): 6–10.
5. *Григорьева В. Н.* Зрительные галлюцинации в остром периоде ишемического инсульта / *В. Н. Григорьева, А. В. Слепенюк, О. И. Чадаева* // Неврологический журнал. – 2016. – Т. 21, № 2. – С. 74–81.
6. Стимулируемая гипертормозимость коры головного мозга у людей с галлюцинациями Шарля Бонне / *Д. Р. Художник, М. Ф. Дуайер, М. Р. Камке* [и др.] // *Curr Biol*. – 2018, 28 : 3475–3480.
7. Галлюцинаторные переживания у лиц с нарушениями зрения: синдром Шарля Бонне – значения для исследований и клинической практики / *Д. Юрисич, И. Сезар, И. Кавар* [и др.] // Психиатр Дунай. – 2018; 30 : 122–128.
8. *Silimon N.* Yellow-Coloured Left Homonymous Visual Hemi-Field after Ischaemic Stroke / *N. Silimon, S. Jung* // *Case Rep Neurol*. – 2022. – Mar 14;14(1):117–123.
9. *Manford M.* Complex visual hallucinations: clinical and neurobiological insights / *M. Manford, F. Andermann* // *Brain*. – 1998; 121: 1819–40.
10. *Kim J. S.* Pure midbrain infarctions: clinical, radiologic and pathophysiologic findings / *J. S. Kim, J. Kim* // *Neurology*. – 2005; 64 (7): 1227–32.
11. *Teeple R. C.* Visual hallucinations: differential diagnosis and treatment / *R. C. Teeple, J. P. Caplan, T. A. Stern* // *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry*. – 2009; 11 (1): 26–32.
12. *Noda S.* Thalamic experimenyial hallucinosis / *S. Noda, M. Mizoguchi, A. Yamamoto* // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1993; 56 (11): 1224–6.
13. *Kolmel H. W.* Complex visual hallucinations in the hemianoptic field / *H. W. Kolmel* // *J. Neurol Neurosurg. Psychiatry*. – 1985; 48 (1): 29–38.
14. *Григорьева В. Н.* Зрительные галлюцинации в остром периоде ишемического инсульта / *В. Н. Григорьева, А. В. Слепенюк, О. И. Чадаева* // Неврологический журнал. – 2016; 21 (2): 74–81. DOI 10.18821/1560-9545-2016-21-2-74-81.
15. *Sanda N.* Visual hallucinosis during hypoperfusion of the right occipito-temporal cortex / *N. Sanda, J. B. Escribano Paredes, V. Ferastraoar* // *J Neurol*. – 269, 6627–6633 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11346-x>
16. Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: pathophysiology and management *Journal of Neurology* / *J. O'Brien, J. P. Taylor, C. Ballard* [et al.] *Neurosurgery & Psychiatry*. – 2020; 91:512–519.