

*Е.В. Лебецкая*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА  
НЕУСТАНОВЛЕННОГО ГЕНЕЗА: АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ  
ДИАГНОСТИКИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Э.Н. Кучук*

*Кафедра патологической физиологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*E.V. Lebetskaya*

**CLINICAL CASE OF THE CEREBRAL AFFECTION OF UNKNOWN ORIGIN:  
ASPEKTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS**

*Tutor: PhD, associate professor E.N. Kuchuk*

*Department of Pathological Physiology*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Рассмотрен клинический случай поражения ствола головного мозга. Предложены диагностические методы для постановки диагноза при локализации процесса в «опасной зоне» для хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** опухоль головного мозга, дифференциальная диагностика, клинический случай.

**Resume.** A clinical case of the cerebral affection is considered. Diagnostic methods for diagnosis are proposed when the process is localized in the "danger zone" for surgical intervention.

**Keywords:** brain tumor, differential diagnostics, clinical case.

**Актуальность.** Опухоли головного мозга являются одной из наиболее актуальных проблем в современной нейрохирургии, частота первичных опухолей головного мозга в разных странах составляет от 4 до 14 случаев на 100 тыс. населения, вторичных – в 4 раза выше. Последние 10 лет в Беларуси первичными опухолями головного мозга ежегодно заболевает около 400 человек.

Несмотря на то, что в данный момент времени диагностика опухолей головного мозга достигла высокого уровня, дифференциальная диагностика патологических состояний головного мозга без такого диагностического метода, как биопсия, является проблемой современной медицины, особенно в случаях опасной для жизни локализации патологического процесса. Что обуславливает высокую летальность и степень инвалидизации у данной категории пациентов. Таким образом невозможно не подчеркнуть социально-экономическую значимость данной тематики, особенно у лиц трудоспособного возраста. Однако это служит стимулом для дальнейшего развития данной области медицины и поиска кардинально новых решений поставленного вопроса.

**Цель:** проанализировать клинический случай для повышения онкологической настороженности врачей неврологов, инфекционистов, ревматологов. Предложить диагностические методы для постановки диагноза.

**Задачи:**

1. Представить клинический случай поражения ствола головного мозга.
2. Предложить диагностические методы для проведения дифференциальной

диагностики.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни 24-летнего пациента, находившегося на стационарном лечении в Витебской ОКБ. В ходе работы были изучены общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ спинномозговой жидкости, ЭКГ, МРТ, заключения специалистов, общее состояние пациента в динамике.

**Результаты и их обсуждение.** В неврологическое отделение Витебской ОКБ 10.06.2024 был госпитализирован пациент 2000 года рождения, мужского пола, в котором пациент находился по 22.07.2024.

При поступлении он предъявлял жалобы на неустойчивость при ходьбе, двоение, нарушения глотания.

Анамнез болезни: заболел примерно за 3 недели до поступления, постепенно нарастала общая слабость, нарушение глотания, диплопия, атаксия.

Анамнез жизни: пациент долгое время работал на свиноводческом комплексе.

Неврологический статус на момент поступления: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Оценка по шкале ком Глазго 15 баллов. Дизартрия умеренно выраженная. Глазные щели D=S. Зрачки D=S. Реакция зрачков на свет живая. Горизонтальный нистагм. Глоточный рефлекс снижен. Силы мышц сохранена. Сухожильно-периостальные рефлексy S больше D. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Симптом Бабинского положительн слева. Менингеальные симптомы отрицательные.

Полученные заключения специалистов, консультативные заключения и проведенные консилиумы:

12.06.2024 Консультативное заключение РНПЦ неврологии и нейрохирургии: больше данных за объемное образование ствола головного мозга.

12.06.2024 Консультативное заключение РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова: инфекционный ромбэнцефалит? глиальная опухоль ствола головного мозга?

13.06.2024 Осмотр онколога: объемное образование головного мозга.

14.06.2024 Данных за ревматологическую патологию не получено.

17.06.2024 Офтальмолог: ДЗН бледные, границы четкие

17.06.2024 Консилиум: учитывая эпиданамнез не исключается объемное образование инфекционной природы (цистицеркоз?). Рекомендовано к лечению добавить альбендазол в дозе 400 мг 3 раза в сутки.

19.07.2024 Диффузная глиальная опухоль ствола мозга (в области моста, продолговатого мозга). Отек ствола мозга. Выраженный бульбарный синдром, умеренные глазодвигательные нарушения. Рекомендовано: перевод в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

19.07.2024 Консультативное заключение кафедры инфекционных заболеваний БГМУ. Данных за паразитарное поражение головного мозга нет. Д-з стволовой энцефалит вероятно аутоиммунного генеза.

Данные проведенных лабораторно-инструментальных исследований:

МДКТ головного мозга от 18.06.2024: КТ-признаки патологических изменений на уровне ствола, продолговатого мозга с признаками объемного воздействия и

начальными признаками нарушения ликвородинамики, дифференцировать между лимфомой, стволовым энцефаломиелитом, ОРЭМ. Несвежий перелом костей носа. Других переломов, костно-деструктивных изменений костей черепа не выявлено. Пристеночное утолщение слизистой оболочкиППН со снижением пневматизации ячеек преимущественно обоих решетчатых лабиринтов. Пневматизация ячеек сосцевидных отростков, барабанных полостей,ППН не изменена.

МРТ головного мозга от 11.06.2024: Множественные зоны изменения интенсивности МР сигнала в области моста, продолговатого мозга на фоне диффузного отека вещества мозга. Масс-эффект. Признаки задней трифуркации правой ВСА, извитости левой ВСА. Кисты правой ВЧП, пристеночный отек слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта.

МРТ головного мозга от 12.07.2024: Множественные зоны изменения интенсивности МР сигнала в области моста, продолговатого мозга на фоне диффузного отека вещества мозга. Масс-эффект (рисунок 1).

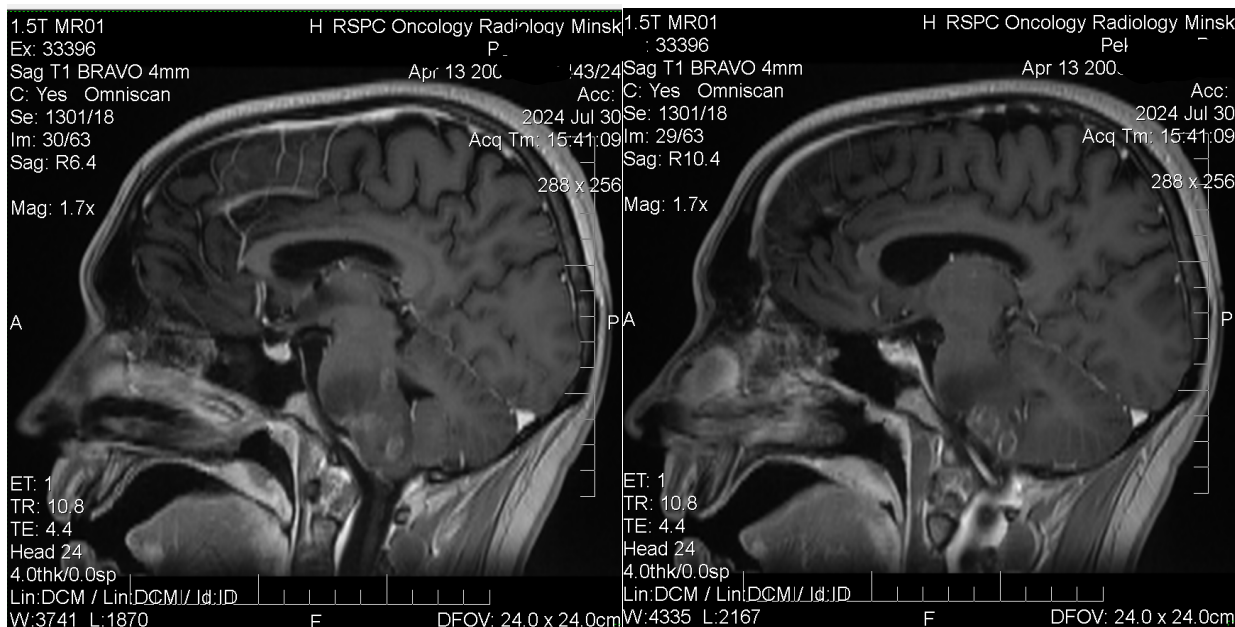


Рис. 1 – МРТ головного мозга пациента в сагиттальной проекции

РОГК от 23.06.2024: Данных за пневмоторакс нет. Легкие, сердце, аорта без видимой патологии.

УЗИ ОБП от 13.06.2024 и 01.07.2024: Диффузные изменения печени

МДКТ ОГК, ОБП, ОМТ от 14.06.2024: КТ-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии на фоне застойных изменений. Гепатомегалия. КТ-признаки жирового гепатоза печени.

ЭКГ от 19.07.2024: Ритм синусовый. ЧСС 93 в минуту. Нормальная ЭОС,

Исследование на гликированный гемоглобин от 13.06 5,6%

Исследование сыворотки на ВПГ 1,2 типа (ПЦР), токсоплазма, CMV (IgG) отрицательно, ИФА IgG на клещевой энцефалит – отрицательно 12.06.2024

ИФА AntiHCV, HBsAg – отрицательно, ИФА IgG на цистицеркоз – отрицательно, ИФА ВИЧ– отрицательно, ИФА сифилис– отрицательно 19.06.2024

Общий анализ крови от 11.06.2024 и 19. 07.2024. Был выявлен лейкоцитоз ( $10,63 \cdot 10^9/\text{л}$ ), который увеличился в динамике ( $29,7 \cdot 10^9/\text{л}$ ), сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ (76 мм/с).

Коагулограмма от 19.07.2024: АЧТВ 26,0 сек, ПВ 15,9 сек, МНО 1,5, фибриноген 7,02 г/л.

**Табл. 1.** Показатели биохимического анализа крови, отклоняющиеся от установленной нормы, пациента от 19.07.2024

Показатели	Норма	Результат	Единица измерения
АЛТ	8-56	217	Е/л
АСТ	5-40	61	Е/л
Глюкоза	3,7-6,1	14,5	Ммоль/л
Кальций	2,1-2,7	1,87	Е/л
СРБ	До 6	19,7	Мг/л
Прокальцитонин	До 0,05	0,51	Нг/мл

**Табл. 2.** Показатели общего анализа мочи пациента от 19.07.2024

Цвет	Прозр	Уд.вес	Реак	Белок	Глюкоза	Пл. эпит	Лейкоциты	Эритроциты
корич	полн	1020	кисл	0,15	-	-	0,2	5,4

**Табл. 3.** Показатели исследования спинномозговой жидкости пациента от 11.07.2024

Показатель	До центрифугирования	После центрифугирования
Цвет	Бесцветный	Бесцветный
Количество	2 мл	
Прозрачность	Прозрачный	Прозрачный
Осадок	Отсутствует	Отсутствует
Показатель	Норма	Результат
Общий белок	0,22-0,32 г/л	0,43 г/л
Глюкоза	2,7-4,2 ммоль/л	3,7
Хлориды	118-132 ммоль/л	113 ммоль/л
Показатель	Результат	
Цитоз	$6,0 \cdot 10^6/\text{л}$	

Исследование ликвора на вирусную панель от 01.07.2024 отрицательно.

Исследование крови, мочи, мокроты на листериоз 09.07.2024 отрицательно.

Исследование ликвора на АТ к рецепторам глутамата (тип NMDA) 11.07.2024 не выявлено.

Неврологический статус на момент перевода 22.07.2024: Состояние тяжелое (пациент находится в РАО). Сознание ясное. Выполняет инструкции четко и правильно. Вербальный контакт ограничен из-за наличия трахеостомы. Глазные щели D=S. Зрачки D=S. Реакция зрачков на свет живая. Ограничены движения ОД кнаружи. Лицо симметричное. Выраженный бульбарный синдром. Питание через н/гастральный зонд. Активные движения в конечностях сохранены в полном объеме. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Симптомы Кернига отрицательные. Дыхание самостоятельное через трахеостому. SpO2 98%.

Исходя из полученных данных объективного статуса и инструментально-лабораторной диагностики был поставлен следующий диагноз: диффузная глиальная опухоль ствола головного мозга (в области моста, продолговатого мозга). Выраженный бульбарный синдром, умеренные глазодвигательные нарушения. Осложнения: Острая дыхательная недостаточность 13.06.2024. Отек ствола головного мозга. Двусторонняя нижнедолевая пневмония в стадии неполного разрешения. ДН 0. Сопутствующий: Трахеостомия 20.06.2024. Гастростомия 01.07.2024. Стероидиндуцированная гипергликемия. Ожирение 1 степени (ИМТ 30,6 кг/м<sup>2</sup>).

Проведено лечение: медрол 64 по четным/32 мг, метилпреднизолон 1000 мг №7, меропенем 2 г раза в день с 10.07.2024, колистат 4,5 млн 2 раза в день с 26.06.2024, флуконазол 0,2 в\венно капельно с 18.07.2024, валин 500 мл в\венно, альбумин 200 л в\венно капельно, диакарб 250 мг 1 раз в день 2/день, лизинат 10 мл в\венно капельно, амлодипин 5 мг 1 раз в день, бисопролол 5 мг утром, эсфопил 10 мл в\венно, эноксапарин 0,4 п\кожно 1 раз в день, дексаметазон, маннитол, фуросемид 20 мг в\венно 1 раз в день, ипидакрин 1 мл в\мышечно, анальгин, димедрол, пропофол, цефепим, омепразол, альбендазол с 17.06.2024 по 24.06.2024, в-гамма, парацетамол, эмоксипин, р-р Рингера, диавитол, левофлоксацин, паралгин, ЛФК, массаж, приподнятое изголовье 30 градусов, ротационный режим. 20.06.2024 трахеостомия. 01.07.2024гастростомия (пункционная).

#### **Выводы:**

1. Постановка заключительного диагноза опухолевого процесса в «опасной зоне» (ствол головного мозга) без биопсии на данный момент затруднена.
2. Выявление поражения ствола головного мозга требует дифференциальной диагностики между инфекционным процессом, аутоимунной патологией и опухолевым процессом. В чём могут помочь такие исследования, как определение антител к NMDAR, AMPA-рецепторам, ПЭТ/КТ с аминокислотами, выявление ДНК потенциального возбудителя [1,2]. Однако не всегда есть возможность проведения данных исследований.
3. В случае невозможности точного установления прижизненного диагноза с такой локализацией опухоли необходимо проводить широкую эмпирическую терапию [3].

#### **Литература**

1. Glioblastoma multiforme in childhood: a case report/ Mauro Cruz Machado Borgo// Clinics. – 2010. – Vol. 65, №9. – P. 923– 925.
2. Case of glioblastoma multiforme in the left temporoparietal region of the brain/Rounak Chandnani, Ashish Anjankar//Cureus. –2022. – Vol. 14, №8. – P. 833– 838.
3. Differential diagnostic considerations in a patient with new onset apathy: a case study on frontal lobe glioblastoma multiforme/ Joy Zarandy, Sarah Yoon// The journal of integrated primary care. –2023. – Vol. 1, №1. – P. 16– 20.