

## **МУЛЬТИНОДУЛЯРНАЯ И ВАКУОЛИЗИРУЮЩАЯ НЕЙРОНАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ**

*Авдей Г.М., Кулеш С.Д., Хоперский П.Г., Мулярчик Л.Е., Хованская Г.Н.,  
Бык А.Г.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская университетская клиника» г. Гродно, Республика Беларусь*

Мультинодулярные и вакуолизирующие нейрональные опухоли (multinodular and vacuolating tumor (MVNT)) –новый цитоархитектонический паттерн в недавно переработанном издании 2016 года классификации ВОЗ опухолей центральной нервной системы. Реальная распространенность данных опухолей неизвестна. Имеется предрасположенность у лиц молодого и среднего возраста. Большинство случаев MVNT протекают бессимптомно и могут быть случайной находкой при визуализации. У некоторых пациентов данные новообразования эпилептогенны. Главным гистологическим признаком MVNT является наличие нейроэпителиальных клеток с заметной стромальной вакуолизацией, собранных в узлы, которые расположены в поверхностном субкортикальном белом веществе. При иммунофенотипировании положительны на синаптофизин, HuC/HuD антигены нейронов и p62, однако негативны на все другие маркеры (IDH1, нестин, NeuN, нейрофиламент, GFAP и CD34). В большинстве случаев опухоли локализуются в медиальных отделах височной доли, имеют небольшой размер, представляют собой четко ограниченную область измененного МР-сигнала, в виде округлых T2 гиперинтенсивных пузырьков, без признаков перифокального отека, а на КТ визуализируется как неконтрастирующее гиподенсивное образование. Дифференциальную диагностику проводят с дисэмбриопластическими нейроэпителиальными опухолями (ДНЭО), характерной особенностью которых является их мелкокистозная «пузырчатая» структура, также возможно накопление контраста, наличие кальцификатов. Эти опухоли имеют умеренный индекс накопления. Встречаемость ДНЭО варьирует от 7 до 70 %. Практически всегда имеется раннее начало эпилептических приступов. MVNT – доброкачественная опухоль, с довольно безобидным биологическим поведением, которая будучи бессимптомной, может только наблюдаться. У пациентов с приступами эпилепсии выполняется хирургическая резекция, после которой не наблюдалось продолжения роста.

Приводим клинический случай.

Больная Ж., 1971 года рождения, поступила в неврологическое отделение УЗ «Гродненская университетская клиника» 07.02.2024 года с жалобами на периодическое головокружение и приходящую общую слабость, боли в шее, чувство онемения в области шеи и затылка в утреннее время. Болеет с ноября

2023 года после перенесенной острой респираторной инфекции, когда появились чувство онемения языка, губ. Были эпизоды предобморочного состояния, но, со слов пациентки, сознание не теряла. 28.12.2023 года было выполнено МРТ головного мозга с ангиопрограммой, где были обнаружены структурные изменения в правой височной доле на фоне единичных T2 гипертензивных очагов сосудистого характера и аневризма внутренней сонной артерии, размером  $2,5 \times 2,6$  мм, в офтальмическом сегменте.

Объективно со стороны соматического статуса без патологии: в легких везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные, пульс 74 удара в 1 минуту, АД 140/90 мм ртутного столба, живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание свободное.

Неврологический статус. В сознании, ориентирована в месте, времени, в собственной личности. Эмоционально лабильна. Речь не нарушена. Черепно-мозговые нервы без патологии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук и ног равномерные, живые. Чувствительность сохранена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с 2-х сторон. В позе Ромберга устойчива. Менингельных симптомов нет. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек шейного отдела позвоночника.

#### Обследована.

**Общий анализ крови от 05.02.2024 г.** – СОЭ 17 мм/час, гемоглобин 136 г/л, лейкоциты  $5,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 56%, палочкоядерные 5%, эозинофилы 5%.

**Биохимический анализ крови от 05.02.2024 г.** общий белок 73 г/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 76 ммоль/л, холестерин 6,6, билирубин 19,5 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза 12 Ед/л, аланинаминотрансфераза 10 Ед/л.

**Общий анализ мочи от 05.02.2024 г.** светло-желтая, прозрачная, реакция нейтральная, плотность 1012, белок, глюкоза – отриц., эритроциты 0-1, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

**УЗИ БЦА от 20.12.2023 г.** Структурная патология не выявлена. Стенозов нет

**Электроэнцефалография от 13.02.2024 г.** ЭЭГ в пределах нормы. Пароксизмальной активности не зарегистрировано.

**МРТ головного мозга от 28.12.2023 г.** в медиальном отделе правой височной доли определяется участок структурных изменений  $11 \times 11 \times 15$  мм, представленный в виде группы рядом расположенных мелких кистовидных включений с высокобелковым содержимым (MNVT). В веществе головного мозга определяются единичные участки глиоза до 3-4 мм, вероятно сосудистого генеза. При проведении диффузно-взвешенного исследования участков ограничения диффузии в веществе мозга не выявлено. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки симметричны, не расширены. Базальные

цистерны не сужены. Конвекситальное субарахноидальное пространство, кортикальные борозды полушарий большого мозга и мозжечка не расширены.

МР-артериография. В офтальмическом сегменте левой внутренней сонной артерии по задней стенке определяется выпячивание просвета  $2 \times 2,5$  мм.

Заключение. Признаки участка структурных изменений в правой височной доле. МР-картина единичных T2 гиперинтенсивных очагов сосудистого характера. Аневризма левой внутренней сонной артерии.

**МРТ шейного отдела позвоночника от 28.12.2023 г.** – МР-признаки деформирующего спондилеза, артроза унковертебральных сочленений шейного отдела позвоночника. Выпячивания C3-C4-C5-C6-C7-Th1 межпозвонковых дисков.

**Осмотрена офтальмологом от 14.02.2024 г.** Гипертрофия пигментного эпителия сетчатки на правом глазу.

**Осмотрена нейрохирургом от 09.02.2024 г.** Нервавшаяся милиарная аневризма офтальмического отдела внутренней сонной артерии (по данным МРТ). Объемное образование медиальных отделов правой височной доли (MNVT). Протрузии межпозвонковых дисков C6-C7.

**Выставлен диагноз.** Объемное образование медиальных отделов правой височной области (MNVT). Нервавшаяся милиарная аневризма в офтальмическом сегменте левой внутренней сонной артерии. Дискогенная цервикалгия в стадии нестойкой ремиссии.

Рекомендовано наблюдение невролога, терапевта, офтальмолога.

Таким образом, обнаруженная в нашем клиническом случае MNVT является находкой и не требует хирургического вмешательства, так как у нашей пациентки нет судорожных припадков и судорожной активности на ЭЭГ.