

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА
НЕУСТАНОВЛЕННОГО ГЕНЕЗА: АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**
Лебецкая Е.В., Кучук Э.Н.

УО "Белорусский государственный медицинский университет"

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 тысяч населения, вторичных – в 4 раза выше. 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, когда хирургическое вмешательство в данной локализации патологического процесса

опасно для жизни. Что обуславливает высокую летальность и степень инвалидизации у данной категории пациентов. Таким образом невозможно не подчеркнуть социально-экономическую значимость данной тематики, в особенности у лиц трудоспособного возраста. Однако это служит стимулом для дальнейшего развития данной области медицины и поиска кардинально новых решений поставленного вопроса. Целью нашего исследования являлось проанализировать клинический случай для повышения онкологической настороженности врачей неврологов, инфекционистов, ревматологов. Предложить диагностические методы, которые в данном случае помогут в постановке диагноза.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 24-летнего пациента, находившегося на стационарном лечении в Витебской областной клинической больнице. В ходе работы были изучены общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ спинномозговой жидкости, ЭКГ, МРТ, общее состояние пациента в динамике.

В неврологическое отделение был госпитализирован пациент 24 лет, мужского пола. При поступлении он предъявлял жалобы на неустойчивость при ходьбе, двоение, нарушение глотания. Заболел примерно за 3 недели до поступления. Кроме того, из анамнеза известно, что пациент 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. Сила мышц сохранена. Сухожильно-периостальные рефлексы S больше D. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Симптом Бабинского положителен слева. Менингеальные симптомы отрицательные.

Была проведена следующая диагностика: исследование ликвора на вирусную панель отрицательно. Исследование крови, мочи, мокроты на листериоз отрицательно. Исследование ликвора на АТ к рецепторам глутамата не выявлено. Исследование сыворотки на ВПГ 1,2 типа (ПЦР), токсоплазма, CMV (IgG) отрицательно, ИФА IgG на клещевой энцефалит отрицательно.

Общий анализ крови: 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). В биохимическом анализе крови СРБ 19,7 мг/л, прокальцитонин 0,51 нг/мл. Ликвор: общий белок 0,43 г/л, цитоз $6,0 \cdot 10^6 / \text{л}$.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 93 в минуту. Нормальная ЭОС.

Рентген органов грудной клетки: данных за пневмоторакс нет. Легкие, сердце, аорта без видимой патологии.

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

Неврологический статус при переводе: Состояние тяжелое. 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 OD кнаружи. Лицо симметричное. Выраженный бульбарный синдром. Питание через назогастральный зонд. Активные движения в конечностях сохранены в полном объеме. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон.

Исходя из полученных данных объективного статуса и инструментально-лабораторной диагностики был поставлен диагноз: диффузная глиальная опухоль ствола головного мозга. Выраженный бульбарный синдром, умеренные глазодвигательные нарушения.

Поражение ствола головного мозга требует проведения дифференциальной диагностики между инфекционным процессом, аутоиммунной патологией и опухолевым процессом, однако выполнение биопсии при данной локализации патологического процесса опасна для жизни пациента. В связи с чем необходимо применять дополнительные методы диагностики такие как определение антител к NMDAR, AMPA-рецепторам, ПЭТ/КТ с аминокислотами, выявление ДНК и антител к потенциальному возбудителю.

Список литературы.

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.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2024