

Лебецкая Е.В.

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

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

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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 тысяч 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 активно развиваются методы диагностики, постановка заключительного диагноза в случаях локализации патологического процесса в стволе головного мозга без такого метода, как биопсия, является невозможной. Всё это приводит к высокой летальности и повышению уровня инвалидизации в данной категории пациентов. Соответственно невозможно не отметить социально-экономическую значимость данной проблемы, особенно у лиц трудоспособного возраста.

Цель: проанализировать клинический случай для повышения онкологической настороженности врачей неврологов, инфекционистов, ревматологов. Предложить диагностические методы для проведения дифференциальной диагностики при данной клинической картине.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента, находившегося на стационарном лечении. В ходе работы были изучены общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ спинномозговой жидкости, МРТ, неврологический статус пациента.

Результаты и их обсуждение. В июне 2024 года в Витебскую ОКБ был госпитализирован пациент мужского пола, 24-летнего возраста. При поступлении он предъявлял жалобы на неустойчивость при ходьбе, двоение, нарушение глотания, примерно за 3 недели до поступления. Из анамнеза жизни пациента: работал на свиноводческом комплексе в Российской Федерации. Проведённая диагностика: 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. В биохимическом анализе крови: повышение СРБ, прокальцитонин 0,51 нг/мл. Исследование ликвора на вирусную панель отрицательно. Исследование крови, мочи, мокроты на листериоз отрицательно. Исследование ликвора на АТ к рецепторам глутамата не выявлено. МРТ головного мозга: множественные зоны изменения интенсивности МР-сигнала в области моста, продолговатого мозга на фоне диффузного отека вещества мозга. Масс-эффект. Неврологический статус на момент перевода: состояние тяжелое. Сознание ясное. Выполняет инструкции четко и правильно. Глазные щели D=S. Зрачки D=S. Реакция зрачков на свет живая. Ограничены движения ОД кнаружи. Лицо симметричное. Выраженный бульбарный синдром. Активные движения в конечностях сохранены в полном объеме. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Симптомы Кернига отрицательные. Выполнена трахеостомия, гастростомия.

Выводы. В данной клинической ситуации необходимо проводить дифференциальную диагностику между инфекционным процессом, аутоиммунной патологией и опухолью. Для чего необходимо применять дополнительные методы диагностики такие как определение антител к NMDAR, AMPA-рецепторам, ПЭТ/КТ с аминокислотами, выявление ДНК/РНК потенциального возбудителя.