



Рушкевич Ю.Н., Павловская Т.С., Золотухина М.В.✉, Лихачев С.А., Гвищ Т.Г.,
Антоненко Д.А., Соловей Н.В., Ключник С.Г.
Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Гранулематозное воспаление центральной нервной системы

Конфликт интересов: не заявлен.

Информированное согласие: авторы получили подписанное информированное согласие пациента на опубликование его данных в медицинском издании.

Подана: 13.02.2024

Принята: 11.03.2024

Контакты: mary.zolotukhina@gmail.com

Резюме

Современные методы нейровизуализации занимают ключевое место в диагностике гранулематозных заболеваний центральной нервной системы. Своевременное установление диагноза имеет решающее значение, поскольку назначение патогенетической терапии позволяет улучшить клинический исход и прогноз заболевания.

Ключевые слова: гранулематозы, кавернозный синус, гранулематозное воспаление центральной нервной системы, магнитно-резонансная томография, синдром верхней глазничной щели, синдром Толоса – Ханта

Rushkevich Yu., Pavlovskaya T., Zalatukhina M.✉, Likhachev S., Hvishch T., Antonenko D.,
Solovey N., Kliunchyk S.

Republican Research and Clinical Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Belarus

Granulomatous Diseases of the Central Nervous System

Conflict of interest: nothing to declare.

Informed consent: the authors obtained a signed informed consent of the patient to publish his data in a medical publication.

Submitted: 13.02.2024

Accepted: 11.03.2024

Contacts: mary.zolotukhina@gmail.com

Abstract

Modern methods of neuroimaging occupy a key place in the diagnosis of granulomatous diseases of the central nervous system. A timely diagnosis is of crucial importance, since the prescription of pathogenetic therapy can improve the clinical outcome and prognosis of the disease.

Keywords: granulomatosis, cavernous sinus, granulomatous diseases of the central nervous system, magnetic resonance imaging, superior orbital fissure, Tolosa – Hunt syndrome



■ ВВЕДЕНИЕ

Гранулематозы – это группа заболеваний различной этиологии с преобладанием общего доминирующего гистологического признака – развития гранулем в органах и тканях, проявляющихся разнообразными клиническими синдромами в зависимости от пораженных органов и систем. Гранулематозы могут встречаться как системные полиорганные заболевания, так и как изолированный процесс с локальным поражением, в том числе в центральной нервной системе. Клинические проявления являются результатом локальной инвазии периваскулярных и экстравазальных гранулем с развитием распространенного гранулематозного воспаления кровеносных сосудов и мозговых оболочек.

При развитии гранулем в области верхней глазничной щели или наружной стенке кавернозного синуса развивается синдром Толоса – Ханта (болезненная офтальмоплегия, синдром верхней глазничной щели), характеризующийся постоянной болью в периорбитальной области, офтальмоплегией, дисфункцией черепных нервов (поражение III, IV, VI нервов, I ветви тройничного нерва и периаarterиальных симпатических волокон) при отсутствии симптомов поражения нервных структур за пределами кавернозного синуса.

Наиболее информативным методом для верификации диагноза является магнитно-резонансная томография головного мозга.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Р., 1979 г.р., поступил в неврологическое отделение РНПЦ неврологии и нейрохирургии с жалобами на двоение при взгляде в стороны и головные боли.

Анамнез заболевания: считает себя больным с лета 2023 г., когда начала беспокоить головная боль в левой половине головы, появилось двоение. После курса лечения ипидакрином в амбулаторных условиях зрительные нарушения регрессировали. Через полгода двоение возобновилось. В анамнезе редкие респираторные инфекции.

Амбулаторно проведены обследования: МРТ 16.07.2023 – субатрофические изменения головного мозга. МРТ шейного отдела позвоночника 07.08.2023 – дегенеративные изменения. УЗИ прецеребральных артерий 03.08.2023 – КИМ до 1,6 мм. УЗИ щитовидной железы 01.08.2023 – без патологии. Офтальмолог 22.12.2023 – невропатия отводящего нерва справа. Электронейромиография 25.01.2024 – нарушения нервно-мышечной передачи не выявлено.

Неврологический статус: сознание ясное, контактен, ориентирован, адекватен. ЧН: зрачки равновеликие, сходящееся косоглазие за счет правого глаза, не отводит правое глазное яблоко кнаружи и вниз, двоение при взгляде прямо и вправо, носогубные складки симметричны, язык по средней линии, глоточный рефлекс живой. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус не изменен. Глубокие рефлексы равновеликие, умеренные. Подошвенные рефлексы равновеликие. Патологических рефлексов нет. Гипестезия в области лба справа. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчив. Походка не изменена. Менингеальных симптомов нет.

Обследование в стационаре: МРТ головного мозга 31.01.2024 – правый кавернозный синус незначительно расширен, в нем определяется образование, распространяющееся в Меккелеву ямку, гипоинтенсивное на T2ВИ, изоинтенсивное на T1ВИ,

интенсивно накапливающее контраст. Аналогичное образование определяется в переднем отделе левого кавернозного синуса с распространением в медиальные отделы средней черепной ямки. Кортикальные борозды не расширены. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки, III–IV желудочки мозга, базальные цистерны не изменены. Признаков нарушения ликвороотока, внутречерепной гипертензии не выявлено. Область турецкого седла, гипофиз не изменены. Мосто-мозжечковые углы свободны, преддверно-улитковые и лицевые нервы без особенностей. Анатомия краниовертебрального перехода не нарушена. МР-ангиограмма без патологии. Околоносовые пазухи, ячейки височных костей обычной пневматизации. Заключение: МР-картина в пользу гранулематозного процесса.

Офтальмолог 06.02.2024: Visus OD/OS = 1,0/ 1,0. АРМ (узкий зрачок) OD sph +1,25 cyl -0,25 ax144 OS sph +1,25 cyl 0 ax. БТМ = 18/20 (норма). Не отводит правый глаз кнаружи. Двоение при взгляде влево, вверх и вниз. Девиация правого глаза к носу в пределах 5° с вертикальным компонентом. Зрачки D=S, зрачковые реакции сохранены, среды прозрачны. Диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие, в области верхне-носового края правого диска перегиб сосудов, усилен рефлекс сетчатки перипапиллярно, артерии и вены нормального калибра, видимая сетчатка, макулярная область без особенностей. Поле зрения: кинетика норма, статика – OD – мелкая центральная скотома ниже-височно. УЗИ: оболочки прилежат, периневральные пространства правого зрительного нерва расширены до 7 мм, диски не проминируют. Цветовосприятие не нарушено. Заключение: паралитическое сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом. Парез отводящего и блокового нервов справа. Нельзя исключить оптиконейропатию OD.

КТ органов грудной клетки 09.02.2024: без патологии. УЗИ щитовидной железы 31.01.2024 – без патологии. УЗИ органов брюшной полости 15.02.2024 – незначительные диффузные изменения печени. УЗИ сердца 08.02.2024 – дополнительная хорда в полости ЛЖ, регургитация 1-й ст. митрального, трикуспидального и легочного клапанов. УЗИ прецеребральных артерий 08.02.2024 – без патологии. Оториноларинголог 02.02.2024 – искривление перегородки носа, данных за гранулематозный процесс в придаточных пазухах нет. Ревматолог 07.02.2024 – клинико-лабораторных данных за гранулематоз Вегенера нет. Инфекционист 13.02.2024 – данных за инфекционный генез поражения кавернозных синусов нет. Экспресс-тест на ВИЧ 13.02.2024 – отрицательный. Антитела к ацетилхолиновым рецепторам 08.02.2024 – 0,13 (отрицательный результат). Анализ крови на АФС (ИФА) 12.02.2024 – отрицательный. Анализ спинномозговой жидкости 02.02.2024: общий белок – 0,37 г/л, глюкоза – 3,58 ммоль/л, цитоз – 6/3, лимфоциты – 3.

На основании клинических данных и результатов обследования установлен клинический диагноз: идиопатический гранулематозный воспалительный процесс центральной нервной системы с вовлечением кавернозных синусов, невропатией отводящего, блокового, 1-й ветви тройничного нервов справа, рецидивирующее течение, обострение.

Назначено лечение: метилпреднизолон по убывающей схеме с дозы 64 мг с кортексорами.

В правом кавернозном синусе определяется гипоинтенсивное образование. Правый кавернозный синус незначительно расширен.

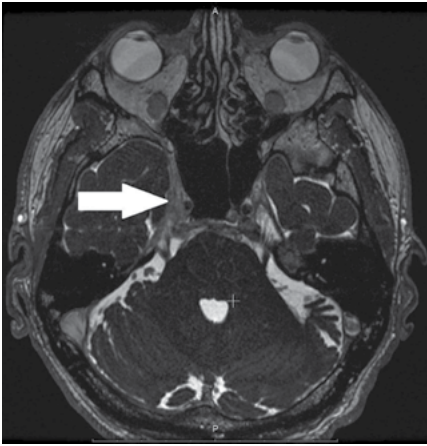


Рис. 1. МРТ головного мозга (аксиальная проекция), режим 3D FIESTA-C
Fig. 1. MRI of the brain (axial projection), 3D FIESTA-C mode

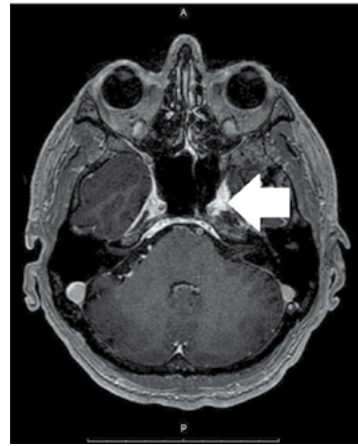


Рис. 2. МРТ головного мозга (аксиальная проекция), режим +C FSPGR 3D (с контрастным усилением)
Fig. 2. MRI of the brain (axial projection), +C FSPGR 3D mode (with contrasting amplification)

В переднем отделе левого кавернозного синуса с распространением в медиальные отделы средней черепной ямки определяется образование, интенсивно накапливающее контрастное вещество.

В правом кавернозном синусе с распространением в Меккелеву ямку определяется образование, интенсивно накапливающее контрастное вещество.



Рис. 3. МРТ головного мозга (аксиальная проекция), режим +C FSPGR 3D (с контрастным усилением)
Fig. 3. MRI of the brain (axial projection), +C FSPGR 3D mode (with contrasting amplification)

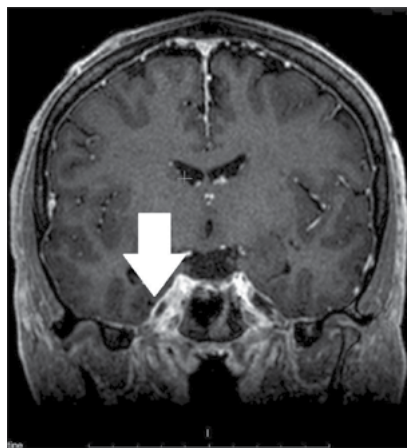


Рис. 4. МРТ головного мозга (коронарная проекция), режим +C FSPGR 3D (с контрастным усилением)
Fig. 4. MRI of the brain (coronary projection), +C FSPGR 3D mode (with contrasting amplification)

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай показывает вариабельность клинической картины гранулематозных воспалительных процессов в ЦНС и сложность дифференциальной диагностики гранулематозов с такими заболеваниями головного мозга, как первичные и вторичные новообразования головного мозга, сосудистые, системные аутоиммунные заболевания, а также различные инфекционные процессы.

Вовлечение кавернозного синуса при гранулематозах встречается редко, но такой патологический процесс необходимо учитывать, поскольку это повлияет на выбор терапии. В этих случаях диагностическая нейровизуализация имеет важное значение в уточнении характера поражения центральной нервной системы.