



<https://doi.org/10.34883/PI.2025.15.2.051>



Усова Н.Н.¹✉, Рушкевич Ю.Н.², Айшат С.М.¹, Апанович М.А.², Антоненко Д.А.²

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Случай гипертрофической оливарной дегенерации после кровоизлияния в ствол мозга: краткое сообщение

Конфликт интересов: не заявлен.

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

Подана: 06.05.2025

Принята: 02.06.2025

Контакты: nata_usova@mail.ru

Резюме

Описан клинический случай возникновения гипертрофической оливарной дегенерации на фоне кровоизлияния в ствол мозга. У молодого мужчины после перенесенного стволового кровоизлияния в течение 9 месяцев развилась нейропатическая центральная постинсультная боль, что послужило причиной выполнения повторной МРТ головного мозга. В результате исследования была диагностирована гипертрофическая дегенерация правой нижней оливы. Необходимо помнить о возможности формирования указанных изменений при дифференциальной диагностике с различными патологическими процессами в стволе головного мозга.

Ключевые слова: инсульт, постинсультный болевой синдром, хроническая боль, гипертрофическая оливарная дегенерация

Usava N.¹✉, Rushkevich Yu.², Aishath S.¹, Apanovich M.², Antonenko D.²

¹ Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

² Republican Research and Clinical Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Belarus

A Case of Hypertrophic Olivary Degeneration after Brainstem Haemorrhage: A Brief Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Informed consent: the authors obtained signed informed consent from the patient for anonymous publication of his data in a medical journal.

Submitted: 06.05.2025

Accepted: 02.06.2025

Contacts: nata_usova@mail.ru

Abstract

A clinical case of hypertrophic olivary degeneration on the background of brainstem haemorrhage is described. A young male patient experienced neuropathic central poststroke pain within 9 months after a brain stem hemorrhage, which was the reason for performing a repeated MRI of the brain. The examination resulted in diagnosing a hypertrophic degeneration of the right inferior olive. The possibility of such changes should be kept in mind in differential diagnosis involving various pathologic processes in the brainstem.

Keywords: stroke, post-stroke pain syndrome, chronic pain, hypertrophic olivary degeneration

■ ВВЕДЕНИЕ

Мозговой инсульт является важной медико-социальной проблемой современной медицины. В настоящее время нередким является возникновение инсульта у пациентов молодого возраста. При этом для многих пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, характерно развитие постинсультного болевого синдрома, который значительно ухудшает общее состояние, качество жизни и прогноз. По данным разных авторов, хроническая боль после инсульта отмечается в 11–55% случаев. Ряд авторов объясняют возникновение постинсультного болевого синдрома механизмами дисфункциональной нейропластичности. Гипертрофическая оливарная дегенерация – это тип транснейрональной транссинаптической дегенерации, вызванной повреждениями дентаторubroоливарного пути, которая возникает при кровоизлияниях в ствол, объемных образованиях головного мозга, инфекционных, воспалительных и демиелинизирующих процессах. К наиболее частым симптомам данного состояния относят тремор, миоклонус, симптомы дисфункции ствола или мозжечка.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., 40 лет, в сентябре 2024 года обратился за консультацией в профессорский центр Гомельского государственного медицинского университета



с жалобами на боли и онемение в левой половине тела, нарушение речи, двоение, головокружение.

Из анамнеза известно, что 15 февраля 2024 г. перенес стволковой инсульт (нетравматическое кровоизлияние с формированием хронической стволковой гематомы на фоне кавернозной ангиомы ствола головного мозга), страдает артериальной гипертензией. На момент возникновения заболевания в неврологическом статусе была левосторонняя гемиплегия, выраженный бульбарный синдром в виде дизартрии и дисфагии. В течение 2 недель находился в отделении реанимации и интенсивной терапии. На момент поступления в инсультное отделение пациенту была выполнена компьютерная томография и ангиография сосудов головного мозга и выявлено кровоизлияние в ствол головного мозга, данных за аневризму не получено. После выписки неоднократно проходил курсы постинсультной реабилитации с положительной динамикой. В июне 2024 года при выполнении МРТ головного мозга диагностированы хроническая стволковая гематома (вероятно кровоизлияние из кавернозной ангиомы варолиева моста), мелкие каверномы в базальных ганглиях с обеих сторон.

С сентября 2024 года у пациента постепенно появились боли и онемение в левой половине тела. Болевой синдром беспокоил постоянно с эпизодами усиления. Боли носили жгучий, простреливающий характер, усиливались при прикосновении, интенсивность болевого синдрома достигала 8 баллов по визуально-аналоговой шкале. После назначения противоболевых адъювантов уменьшалась до 5 баллов.

В неврологическом статусе на момент осмотра: в ясном сознании, когнитивные функции в норме, умеренная дизартрия. Рефлекс Маринеску – Радовичи + с двух сторон. Зрачки равновеликие, 3 мм в диаметре. Движения OS ограничены кнаружи, OD – монокулярный нистагм влево. Гипостезия лица слева. Сглажена левая носогубная складка. Слух и вестибулярная функция не изменены. Мягкое нёбо подвижно, симметрично фонировано. Глотание твердой и жидкой пищи свободное. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с рук и ног повышены слева. Легкий левосторонний гемипарез. Мышечный тонус в конечностях не изменен, без разницы сторон. С-м Бабинского положительный слева. Выраженная левосторонняя гемиатаксия. Гемигипостезия, тактильная аллодиния левой половины тела. В позе Ромберга шатается. Менингеальных симптомов нет.

На момент консультации установлен диагноз: нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (хроническая стволковая гематома на фоне кавернозной ангиомы варолиева моста) от 15.02.2024, легкий левосторонний гемипарез, выраженная левосторонняя гемиатаксия, умеренная дизартрия, межъядерная офтальмоплегия, центральный нейропатический болевой синдром, поздний восстановительный период. Для купирования болевого синдрома назначены противоболевые адъюванты (габапентин, венлафаксин).

В июне 2024 года пациенту была выполнена МРТ головного мозга. В описании: центральную часть варолиева моста занимает неправильной формы локальное скопление ферритина и гемосидерина протяженностью до 23×23×25 мм, передний отдел которого округлый (вероятнее всего, кавернома), а задний – звездчатый, со спикулами (визуально зона кровоизлияния) с небольшим распространением на правую ножку мозга. В центрально-латеральном отделе правой скорлупы и центрально-дорзальном левой визуализируется по одному очагу до 3 мм, по релаксационным характеристикам в большей степени соответствующих кавернозным ангиомам.

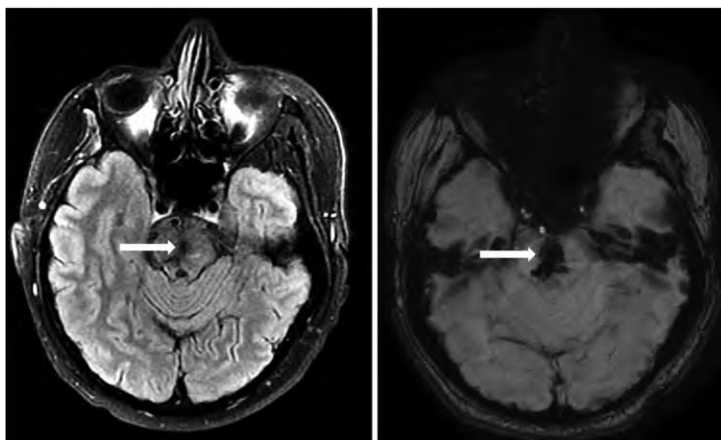


Рис. 1. МРТ головного мозга от 17.06.2024, T2 Flair и SWAN-режим, аксиальный срез (стрелкой указана хроническая стволовая гематома)

Fig. 1. Brain MRI dated 17.06.2024, T2 Flair and SWAN mode, axial slice (arrow indicates chronic stem hematoma)

Заключение: хроническая стволовая гематома (вероятно кровоизлияние из кавернозной ангиомы варолиева моста), мелкие каверномы в базальных ганглиях с обеих сторон (рис. 1).

В декабре 2024 года повторно выполнена МРТ головного мозга с контрастированием. В мосту с распространением на правую ножку мозжечка визуализируется постгеморрагическая киста неправильной формы размером приблизительно

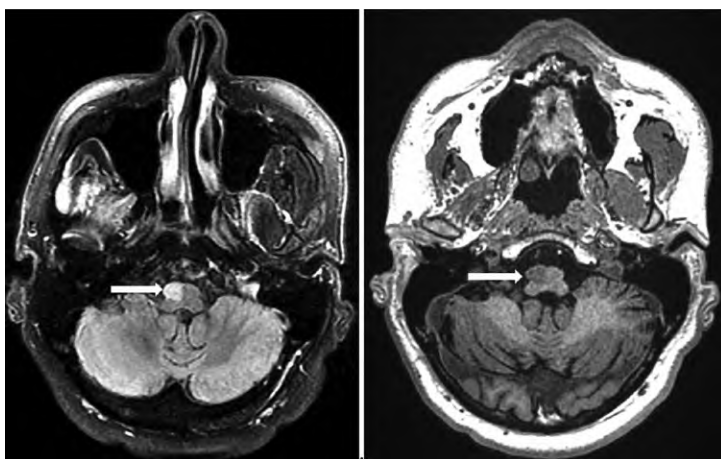


Рис. 2. МРТ головного мозга от 19.12.2024, T2 Flair и FSPGR BRAVO-режим, аксиальный срез, стрелкой указана гипертрофическая дегенерация правой нижней оливы

Fig. 2. Brain MRI dated 19.12.2024, T2 Flair and FSPGR BRAVO-mode, axial slice, arrow indicates hypertrophic degeneration of the right inferior olive



16×11×10 мм с отложением гемосидерина по периферии, без патологического ограничения диффузии. В нижнем оливарном комплексе справа появился патологический участок размером 18×8×8 мм, умеренно повышенной сигнальной интенсивности по T2, яркий во Flair последовательности, изо-гипоинтенсивный в T1, не накапливающий контраст, с точечным ограничением диффузии по b=1000. Отмечается умеренная гипертрофия нижней оливы справа (справа 8 мм, слева 6 мм). Относительно симметрично справа и слева по ходу зубчато-красноядерно-оливного пути отмечается диффузное повышение сигнальной интенсивности в T2 и Flair последовательностях, без патологического накопления контраста и патологического ограничения диффузии. Заключение: гипертрофическая дегенерация правой нижней оливы на фоне повреждения (постгеморрагическая киста) зубчато-красноядерно-оливного тракта (рис. 2).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На фоне повреждения структуры треугольника Гийена – Моллारे произошло формирование гипертрофической дегенерации нижней правой оливы, которая была диагностирована при проведении МРТ головного мозга. Указанные изменения, возможно, послужили одним из механизмов возникновения постинсультного болевого синдрома. При дифференциальной диагностике патологических процессов ствола головного мозга (демиелинизирующие заболевания, опухоли, валлеровская дегенерация, инфекционные заболевания) необходимо помнить о возможности возникновения оливарной гипертрофической дегенерации.