
При КУ можно увидеть кольцевидную тень (клетки опухоли) с центральной зоной некроза. Сплошные части опухоли демонстрируют низкую диффузию с уменьшенными значениями ADC, в то время как некротические области имеют высокий сигнал.

Заключение. Глиобластома ГМ у данного пациента имеет высокую злокачественность и агрессивный инвазивный рост в жизненно важные функциональные зоны с развитием выраженного неврологического дефицита и, как следствие, неблагоприятный прогноз. Диагностика осложняется неспецифичностью клинических проявлений, ограниченным использованием некоторых лабораторных методов и атипичными нейровизуализационными находками. Осознание сложности диагностики глиобластомы и необходимость комплексного подхода к ее распознаванию являются важными аспектами для повышения качества медицинской помощи. Врачи должны быть насторожены в отношении этого заболевания, а регулярные семинары и тренинги по новым методам диагностики и лечения могут повысить уровень знаний и улучшить исходы терапии.

Лурье Т.В.¹, Воронцова Ж.В.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

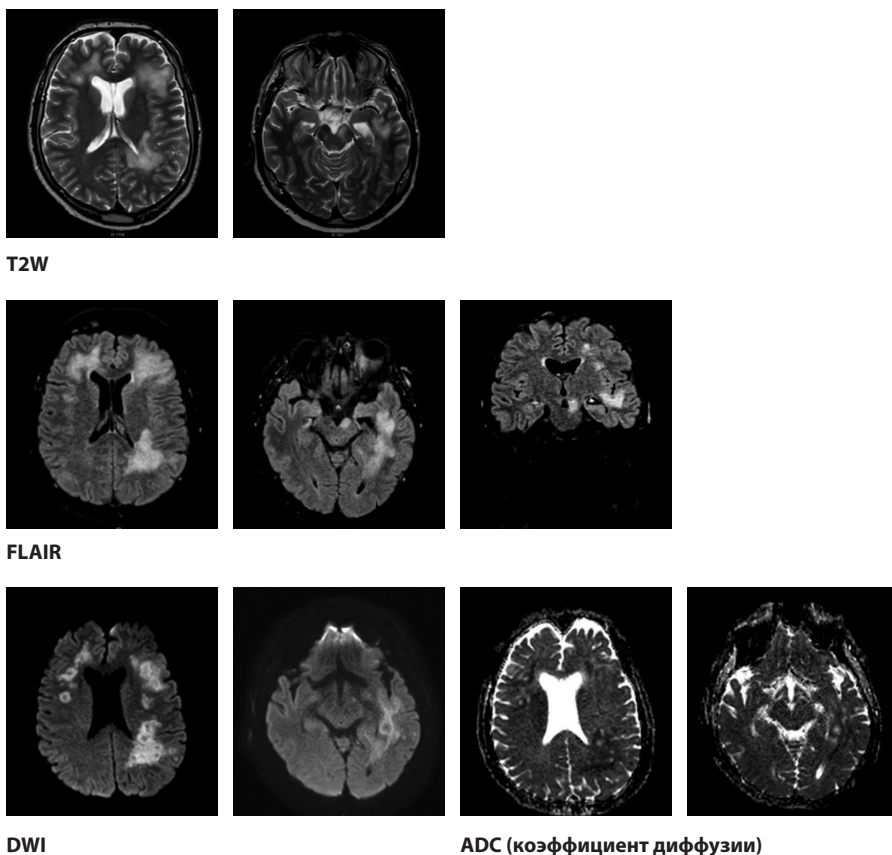
² 10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 51 год, поступил в кардиологическое отделение № 2 УЗ «10-я городская клиническая больница» 31.07.2023. На момент поступления контакт с ним затруднен из-за выраженной моторной афазии.

Заболевание началось 1 год назад с постепенной потери массы тела (похудел на 20 кг). Обследовался и лечился в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (09.02–07.04.2023), где выставлен диагноз: Идиопатическая интерстициальная пневмония. Принимал по схеме медрол. На момент госпитализации принимал 16 мг медрола. 11.07.2023 нарушились речь, память, внимание, постепенно перестал разговаривать. Госпитализирован спустя 1 неделю с диагнозом «Криптогенный инфаркт мозга в левом каротидном бассейне» (по эпикризу) в Воложинскую ЦРБ.

31.07.2023 выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (ГМ) (рис. 1): при исследовании ГМ с в/в введением контрастного вещества (КВ) в белом веществе обоих полушарий ГМ определяются массивные участки гиперинтенсивные на T2W и FLAIR, гипоинтенсивные на T1W, ограничивающие диффузию, на постконтрастных изображениях без убедительного накопления КВ. Подобные очаги определяются в базальных ядрах левого полушария, левой ножке мозга и левой половине моста. Заключение: МР-картина мультифокального демиелинизирующего процесса – на момент исследования в пользу острого рассеянного энцефаломиелита (ОРЭМ).



T2W

FLAIR

DWI

ADC (коэффициент диффузии)

Рис. 1. МРТ ГМ от 31.07.2023

В неврологическом статусе на 01.08.2023: выраженные афатические нарушения; легкая асимметрия оскала слева; СОА (+); легкий тетрапарез (4-4,5 балла) с высокими рефлексамми, расширенными рефлексогенными зонами, повышением мышечного тонуса и патологическими знаками; легкие координаторные нарушения.

Исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) от 01.08.2023. Вариант нормы. Вирусология: ВПГ 1,2; ВЭБ, ЦМВ, ВЗВ, В. burdorferi – ДНК не выявлена.

Учитывая данные МРТ ГМ выставлен диагноз: Острый рассеянный энцефаломиелит с выраженными афатическими и легкими координаторными нарушениями, легким спастическим тетрапарезом, когнитивным снижением. Скорректировано

лечение: назначен солу-медрол 1000 мг с последующим приемом таблетированных форм (по идиопатической интерстициальной пневмонии), плазмаферез, курс иммуноглобулинов (октагам). На фоне проводимой терапии состояние пациента с отрицательной динамикой в неврологическом и соматическом статусе.

Неврологический статус 11.08.2023: глубокое оглушение (ШКГ 126.); парез взора вправо; умеренная дисфагия (глочный рефлекс высокий); правосторонняя гемиплегия, легкий левосторонний гемипарез (ориентировочно).

07.08.2023 выполнены иммунограмма (данных за иммуносупрессию нет) и 15.08.2023. исследование ЦЖ в динамике (вариант нормы) с вирусологическим исследованием на ДНК JCV (28.08.2023. ДНК JCV $6,2 \times 10^5$ г/мл).

МРТ ГМ с в/в введением КВ от 14.08.2023 (рис. 2): отмечается: более обширное поражение белого вещества правой лобной доли, левых височной и теменных долей, на диффузионной МРТ с более выраженным ограничением диффузии, на постконтрастных изображениях без накопления КВ; при спектроскопии – в участках демиелинизации со снижением уровня N-ацетиласпартата, повышением уровня холина.

КТ грудной полости 15.08.2023: выраженный интерстициально-инфильтративный процесс в обоих легких. Кардиомегалия.

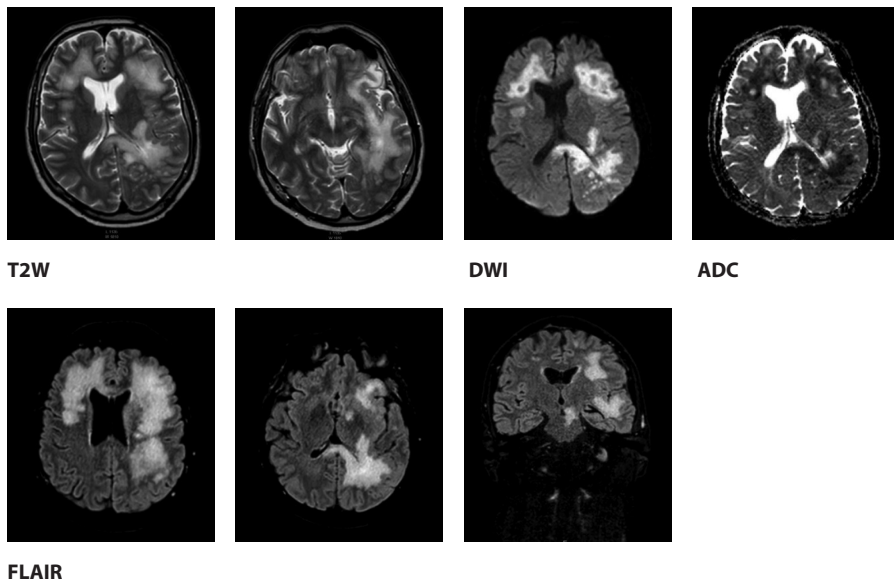


Рис. 2. МРТ ГМ от 14.08.2023

Дифференциальный диагноз проводился между ОРЭМ, герпетическим энцефалитом, прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатией (ПМЛ), паранеопластическим поражением ЦНС, лимфомой.

С учетом отрицательной динамики клинической картины, МРТ-данных и выявления ДНК JCV в ЦСЖ выставлен диагноз: Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПЦР от 28.08.2023. ДНК JCV в ликворе $6,2 \times 10^5$ г/мл), сопор, выраженные афатические нарушения, выраженный бульбарно-псевдобульбарный синдром, тетрапарез: гемиплегия справа, выраженный спастический гемипарез слева, выраженные нарушения регуляции вегетативных функций. Отек головного мозга.

Состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Попытки отмены глюкокортикостероидных препаратов (до 5 дней) усугубляли симптомы дыхательной недостаточности при пневмонии. 12.09.2023 – остановка сердечной деятельности и дыхания вследствие отека и дислокации ГМ.

Заключение. Особенность данного клинического случая – пациент неиммунокомпromетированный (отсутствовали фоновые заболевания и медикаментозная терапия, приводящие к иммунодефициту). Лишь прогрессирование мозговых симптомов и нейровизуализационная динамика позволили заподозрить ПМЛ, а выявление ДНК вируса в ЦСЖ позволило достоверно установить диагноз. Данный случай подчеркивает, что ПМЛ может развиваться у пациентов без явных признаков иммуносупрессии, что важно для диагностики и понимания патогенеза заболевания.

Еще одна особенность данного клинического случая – диагноз ПМЛ предполагает отмену глюкокортикостероидного препарата, а идиопатическая интерстициальная пневмония требует его назначения. Это создает сложную клиническую ситуацию, требующую взвешенного подхода к лечению. Сложность данного случая подчеркивает важность индивидуального подхода к лечению, учитывающего как неврологические, так и сопутствующие заболевания пациента.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025