
заболевания зарегистрированы в 5,4% случаях (васкулиты, системная красная волчанка и др), диссекция интимы коронарных артерий развились у 3% пациентов.

Выводы. Из традиционных факторов риска для пациентов молодого возраста характерны курение, отягощенная наследственность по ИБС, нарушение жирового обмена и выраженная дислипидемия. У пациентов КГ (старше 44 лет) преобладающим фактором риска была АГ, выявленная у 82% человек ($p=0,01$, хи-квадрат Пирсона=18,09), СД ($p=0,023$, хи-квадрат Пирсона=7,6). В КГ преобладали пациенты с 2 и более факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Полнота реваскуляризации в ОГ составила – 97,5%, из-за преобладания однососудистого поражения коронарного русла, у пациентов КГ – 86% ($p=0,048$), что можно объяснить поражением коронарных артерий в бассейне, не связанном с инфарктом миокарда и планированием отсроченной реваскуляризации.

Лурье Т.В.¹, Санкович Е.В.², Воронцова Ж.В.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² 10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

ГЛИОБЛАСТОМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ)

Введение. Глиобластома является одной из самых агрессивных форм опухолей головного мозга (ГМ), характеризующейся высокой степенью злокачественности и крайне неблагоприятным прогнозом. Это инфильтрирующая опухоль типично супратенториальной локализации (99%). Первичный инфратенториальный рост является очень редким состоянием (менее 1%). Глиобластомы являются опухолями grade IV (выраженная пролиферация эндотелия сосудов и наличие некрозов). Актуальность изучения глиобластом связана с их высокой инвазивностью, агрессивностью, гетерогенностью, инфильтративным ростом, терапевтической резистентностью к мультидисциплинарным методам терапии, высокой частотой рецидивов и плохим прогнозом.

Цель. Повышение уровня осведомленности о глиобластоме, ее клинических проявлениях, трудностях диагностики, а также акцентирование внимания на необходимости интеграции мультидисциплинарного подхода в диагностике и ведении пациентов с данным заболеванием.

Клинический случай. Пациент 34 лет, поступил в УЗ «10я городская клиническая больница» с жалобами на икоту, онемение конечностей (6 нед.), головокружение не системного характера (2 нед.). В анамнезе сопутствующих заболеваний не было. В статусе на момент поступления: умеренная дизартрия, легкий парез левой руки, правой ноги, гипестезия в конечностях, умеренная атаксия. В течение недели прогрессирование неврологического дефицита до трипареза (левосторонний гемипарез: глубокий в руке, умеренный в ноге, легкий парез правой ноги). В конце 2й недели

(на фоне гормональной, противовирусной терапии, терапии иммуноглобулинами): умеренное оглушение, умеренные глазодвигательные, бульбарные, координаторные нарушения, левосторонняя гемиплегия. В конце 3й недели: умеренное оглушение, выраженные глазодвигательные, бульбарные нарушения, выраженный прозопарез слева, левосторонняя гемиплегия. С 5-6-й недели: кома, выраженные глазодвигательные, бульбарные нарушения, выраженный прозопарез слева, тетрапарез. Магнитно-резонансная томография (МРТ) ГМ с контрастным усилением (КУ): 01.07.2024. В базальных ядрах справа с распространением на гипоталамус, правую ножку мозга и полюсно-медиальные отделы правой височной доли выявляется массивный участок с нечеткими контурами, гиперинтенсивный по T2* и Flair, гипоинтенсивный по T1*, без ограничения диффузии и с минимальным масс-эффектом. Аналогичного характера МР-сигнала очаги определяются в мосте, продолговатом мозге (ПМ) (с ограничением диффузии), правых ножках и полушарии мозжечка. На постконтрастных изображениях визуализируются очаги, накапливающие КВ, в спинном мозге (СМ) (интрамедуллярно) на уровне С3-С7 (не менее трех), в дорзальном отделе ПМ и в правой гемисфере мозжечка. На 20.07.2024 отмечено увеличение патологического МР-сигнала в дорзальных отделах продолговатого мозга и СМ на уровне С1 позвонка, в правой ножке мозга, мосте, правых ножках и полушарии мозжечка, в том числе с сохранением ограничения диффузии, на постконтрастных изображениях с наличием включений, с фестончатых накоплением КВ (отрицательная динамика). На 1.11.2024. отмечается отрицательная динамика в виде увеличения в объеме правой ножки мозга, моста, ПМ, правых ножек мозжечка, СМ за счет увеличения площади участков патологического сигнала и наличием в них разновеликих зон некроза, с резким ограничением диффузии по периферии, с фестончатым характером накопления КВ, и выраженным перифокальным отеком.

Клинический диагноз: Мультифокальная злокачественная глиома с поражением ствола головного мозга, мозжечка, базальных ядер справа и шейного отдела спинного мозга. Дифференциальный диагноз проводился между аутоиммунным, воспалительным, объемным процессом, лимфомой.

Обсуждение. В диагностике опухолей ГМ «Золотым стандартом» остается метод МРТ с КУ эффективно выявляющая различные новообразования. Однако диагностика глиом и их дифференциальная диагностика от метастазов, очагов воспалительного характера и др. представляет сложности. Здесь может помочь только позитронно-эмиссионная томография, применение которой в реальной клинической практики весьма ограничено. По данным нейровизуализации в 95% случаев выявляют отечные участки белого вещества ГМ, плотно прилегающие к зоне инфильтрации опухолевыми клетками. В области опухолевых изменений выявляется зона пониженной плотности, соответствующая некрозу; встречаются кровоизлияния, смещение срединных структур и компрессия боковых желудочков; при контрастировании глиобластома с неровными наружными и внутренними контурами. Глиобластомы гиперинтенсивны в режиме T2* при МРТ и окружены инфильтративным отеком, распространяющимся на белое и серое вещество ГМ, характеризуются значительным объемным воздействием.

При КУ можно увидеть кольцевидную тень (клетки опухоли) с центральной зоной некроза. Солидные 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.

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