

Условие ситуационной задачи №35

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

Жалобы

на общую слабость, головокружение, шаткость походки.

Анамнез заболевания

В 1998 году диагностирован рак щитовидной железы T2N1M0.

Проведено лечение: 28.07.1998 г выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. Футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи справа. Гистологическое заключение: медуллярный рак с врастанием в сосуды шеи. В лимфоузлах шеи метастазы рака.

С 26.08.1998 г по 23.09.1998 г проведена лучевая терапия на лимфатические узлы шеи, щитовидную железу, переднее средостение СОД-40 Гр.

С 08.10.1998 г по 27.10.1998 г проведена лучевая терапия на область щитовидной железы СОД-60 Гр.

18.03.1999 г вновь обратилась в онкологический диспансер с жалобами на уплотнение в области шеи.

Проведено лечение: 07.04.1999 г футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи слева. Гистологическое заключение: метастаз медуллярного рака.

14.07.2006 г вновь обратилась в онкологический диспансер с жалобами на увеличение размера живота.

27.07.2006 г выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза, выявлены УЗИ-признаки асцита, опухоли правого яичника, кальцината правой доли печени.

Проведено лечение: 14.08.2006 г экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.

Гистологическое заключение: метастаз медуллярного рака в яичник. 06.09.2006 г, 12.10.2006 г пациентке проведено 2 курса ПХТ о схеме: доксорубицин (СД=100 мг) + цисплатин (СД=150 мг). При контрольном обследовании от 20.12.2006 г прогрессирование заболевания: множественные метастазы в печени, отрицательная динамика.

Гистологическое заключение: метастаз медуллярного рака в яичник. 06.09.2006 г., 12.10.2006 г пациентке проведено 2 курса ПХТ о схеме: доксорубицин (СД=100 мг) + цисплатин (СД=150 мг). При контрольном обследовании от 20.12.2006 г прогрессирование заболевания: множественные метастазы в печени, отрицательная динамика.

15.09.2016 г обратилась в онкологический диспансер с жалобами на слабость в правой руке, общее недомогание.

Проведено обследование: 15.09.2016 г КТ органов грудной клетки: легочные поля умеренно эмфизематозные, легочный рисунок фиброзно изменен, по легочным полям очаговые изменения от 0,3 до 1,63 см с неровными контурами (в количестве ~33) больше в верхних долях (мтс). Деструктивные изменения в левой ключице, передних отделах 5 ребра метастаз.

22.09.2016 г КТ органов брюшной полости: метастазы в печени.

22.09.2016 г остеосцинтиграфия: очаги патологической гиперфиксации РФП в костях свода черепа (теменная область справа), в левой ключице, в ребрах с обеих сторон, в грудном отделе позвоночника, в верхней трети правой плечевой кости, в подвздошных костях, в проекции проксимального метадиафиза правой большеберцовой кости. Сцинтиграфические признаки характерны для очагового поражения костной системы вторичного характера. Пациентка консультирована химиотерапевтом, рекомендовано лекарственное противоопухолевое лечение: бисфосфонаты, МХТ по схеме: гемцитабин.

Пациентке проведено 4 курса МХТ гемцитабином, получала лечение бисфосфонатами. В марте 2017 года появились жалобы на общую слабость, головокружение, шаткость походки.

Пациентка направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70% на момент обращения.

Анамнез жизни

- хронические заболевания: хронический гастрит.
- не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- профессиональных вредностей нет.
- аллергические реакции на медикаменты отрицает.
- опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез отягощен по следующим заболеваниям: рак легкого, рак пищевода.

Объективный статус

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 78 кг, рост 167 см. Температура тела 35,1 °С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Умеренно выраженная головная боль. Тошноты, рвоты нет. ЧМН: зрачки Д=С, округлой формы, анизокории нет. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс живой. Язык по средней линии. Двигательная сфера: без патологии. Сухожильные рефлексy Д=С, средней живости. Суставно-мышечное чувство сохранено. Системное головокружение и атаксия. Координаторные пробы выполняет с промахиванием с двух сторон. Менингеальные симптомы отрицательные. Высшие корковые функции не нарушены.

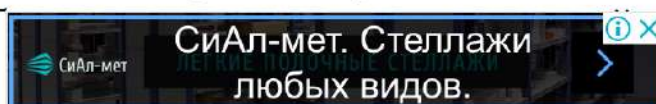
Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- МРТ головного мозга без и с контрастным усилением [Обоснование](#)
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ) головного мозга с метионином
- ЭЭГ (электроэнцефалограмма)

Результаты инструментальных методов обследования:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением:



Результаты инструментальных методов обследования:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением:

МРТ головного мозга без и с контрастированием: в правой гемисфере мозжечка определяется кистозно-солидное образование (с выраженным кистозным компонентом), с интенсивным и неравномерным накоплением контрастного препарата, общими размерами до 5,9x4,5x4,1 см, без явных признаков перифокального отека.

Образование компримирует 4-й желудочек (оттесняет его влево), оттесняет кпереди и влево прилежащие отделы стволовых структур (на уровне ствола, продолговатого мозга).

Аналогичное образование меньших размеров отмечается в левой гемисфере мозжечка до 1,0x0,7x0,6 см.

Также небольшие очаги накопления контрастного препарата определяются в нижнелатеральных отделах правой гемисферы мозжечка до 0,5 см и в правой затылочной области парасаггитально до 0,5 см.

Субарахноидальные конвекситальные пространства не расширены.

Срединные структуры не смещены.

Правая миндалина мозжечка расположена в большом затылочном отверстии.

Краниовертебральный переход без особенностей.

В правой теменной кости отмечается участок накопления контрастного препарата до 0,8x0,6 см в аксиальной проекции.

Заключение: МР-картина множественных объемных образований и поражения костей свода черепа в теменной области. Оклюзионная гидроцефалия на уровне 4-го желудочка и дислокация стволовых структур на указанном уровне.

**2. Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования (выберите 3)**

- комплексное УЗИ [Обоснование](#)
- рентгенография или КТ органов грудной клетки в двух проекциях [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей скелета [Обоснование](#)
- маммография
- КТ исследование костей таза

- МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием

Результаты инструментальных методов обследования:**Комплексное УЗИ:**

Периферические лимфоузлы: в проекции ложа правой доли щитовидной железы определяется опухолевый конгломерат размером 2,0x1,9x3,5 см.

По средней линии в проекции перешейка определяется узел 2,1x1,1 см.

Над/подключичные, аксиллярные, паховые лимфоузлы с обеих сторон не изменены.

В мягких тканях: в области послеоперационного рубца дополнительные образования, послеоперационные изменения, скопление жидкости не определяется.

Печень не увеличена, контуры ровные, четкие, паренхима однородная, в обеих долях определяются множественные кальцинированные очаги, в правой доле до 3,1 см, в левой доле до 1,7 см, внутripеченочные желчные протоки не расширены; воротная вена не расширена, в области ворот печени без дополнительных образований.

Поджелудочная железа не увеличена.

Контуры четкие, ровные, структура однородная, панкреатический проток не расширен, в проекции тела определяются 2 кальцинированных очага (аналогичные по структуре очагам в печени) размерами по 0,9 см.

Селезенка, почки, надпочечники, мочевого пузыря, забрюшинные лимфоузлы, органы малого таза, без патологических особенностей.

Заключение: узловые образования в ложе щитовидной железы.

Множественные кальцинированные очаги в печени и поджелудочной железе.

Рентгенография или КТ органов грудной клетки в двух проекциях:

КТ органов грудной клетки: в паренхиме легких определяются рассеянные очаги с тяжистыми контурами, наибольшие: в S2,3 правого легкого размером до 0,9x0,9 см; в S6 левого легкого до 1,0x0,7 см; в S3 правого легкого до 1,1x0,8 см.

Просветы бронхов не изменены.

Лимфатические узлы в средостении, в корнях легких и в подмышечных областях не увеличены.

Жидкости в плевральных полостях нет.

Пищевод нормально расположен, стенки его не утолщены. В 10-м ребре справа и 5-м ребре слева определяются участки вздутия с умеренным внекостным компонентом, тела позвонков исследованного уровня неоднородны по структуре, нельзя исключить поражение D1 позвонка, грубая деформация средней трети левой ключицы (посттравматические изменения).

На уровне проекционно D5 вдоль лестничных мышц справа определяется уплотнение (оценка с учетом УЗИ).

В доступных визуализации отделах печени определяются очаги с кальцинацией, наибольшие: в S6 до 2,1x1,4 см, в S4b до 2,2x2,2 см.

Надпочечники без патологических особенностей.

В молочных железах определяются уплотнения с неровными контурами: справа до 1,1 см в том числе и с кальцинацией, слева до 1,4 см.

Заключение: КТ-картина поражения легких, костей скелета, печени.

Сцинтиграфия костей скелета:

Радиоизотопное исследование костной системы: определяются очаги повышенного накопления РФП в области костей свода черепа справа, среднегрудного отдела позвоночника, костей таза, отдельных ребер, левой ключицы, проксимальной трети диафиза правой плечевой кости, проксимального отдела правой большеберцовой кости.



3. Какой диагноз можно поставить данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного комплексного обследования?

- Рак щитовидной железы T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 1998 году. Прогрессирование заболевания в марте 1999 года: метастазы в лимфоузлы шеи слева. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование в 2006 году: метастазы в правый яичник, печень, асцит. Состояние после комбинированного лечения в 2006 году. Прогрессирование заболевания в сентябре 2016 года: метастазы в легкие, кости скелета, печень. Состояние после химиотерапии. Прогрессирование заболевания в марте 2017 года: метастазы в головном мозге. [Обоснование](#)
- ПМЗО: 1) Рак щитовидной железы T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 1998 году. Прогрессирование заболевания в марте 1999 года: метастазы в лимфоузлы шеи слева. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование в 2006 году: метастазы в правый яичник, печень, асцит. Состояние после комбинированного лечения в 2006 году. Прогрессирование заболевания в сентябре 2016 года: метастазы в легкие, кости скелета, печень. Состояние после химиотерапии. 2) Гемангиобластома
- ПМЗО: 1) Рак щитовидной железы T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 1998 году. Прогрессирование заболевания в

марте 1999 года: метастазы в лимфоузлы шеи слева. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование в 2006 году: метастазы в правый яичник, печень, асцит. Состояние после комбинированного лечения в 2006 году. Прогрессирование заболевания в сентябре 2016 года: метастазы в легкие, кости скелета, печень. Состояние после химиотерапии. 2) Первично-множественная глиобластома

- ПМЗО: 1) Рак щитовидной железы T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 1998 году. Прогрессирование заболевания в марте 1999 года: метастазы в лимфоузлы шеи слева. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование в 2006 году: метастазы в правый яичник, печень, асцит. Состояние после комбинированного лечения в 2006 году. Прогрессирование заболевания в сентябре 2016 года: метастазы в легкие, кости скелета, печень. Состояние после химиотерапии. 2) Метастазы в головном мозге без выявленного первичного очага

Диагноз:

Рак щитовидной железы T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 1998 году.

Прогрессирование заболевания в марте 1999 года: метастазы в лимфоузлы шеи слева. Состояние после хирургического лечения.

Прогрессирование в 2006 году: метастазы в правый яичник, печень, асцит.

Состояние после комбинированного лечения в 2006 году.

Прогрессирование заболевания в сентябре 2016 года: метастазы в легкие, кости скелета, печень. Состояние после химиотерапии. Прогрессирование заболевания в марте 2017 года: метастазы в головном мозге.



4. Для верификации диагноза необходимо

- нейрохирургическое вмешательство с удалением симптомного метастаза) и морфологическим подтверждением его для определения тактики дальнейшего лечения Обоснование
- взять анализ крови на АФП
- установка дренажа Оммаи в кистозный метастаз с последующим дренированием кистозной жидкости и цитологическим исследованием



5. Предпочтительно на первом этапе проведение

- хирургического лечения (удаление симптомного метастаза из мозжечка)
Обоснование
- симптоматической лекарственной терапии (назначение глюкокортикостероидной терапии)
- противосудорожной терапии (карбамазепин по 200 мг 3 раза в сутки, внутрь, в течение 1 года)
- радиойодтерапии в сочетании с таргетной терапией



6. Дальнейшую тактику лечения будет определять

- заключение консилиума после получения результатов гистологического исследования *Обоснование*
- биохимический анализ крови
- офтальмологический осмотр
- заключение невролога



7. Вторым этапом лечения является

- облучение всего головного мозга *Обоснование*
- назначение кортикостероидов
- противосудорожная терапия
- гепаринотерапия



в Красноярске. Скидка 92 000 р.
КАСКО в подарок! Первый взнос
от 0 руб. Выгода по Trade IN



8. Проведение противоопухолевой лекарственной терапии в данном случае

- рекомендовано [Обоснование](#)
- рекомендовано на фоне кортикостероидов
- не показано
- рекомендовано на фоне противосудорожной терапии

**9. Проведение реабилитации пациентке после противоопухолевого лечения**

- рекомендовано [Обоснование](#)
- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

**10. Диспансерное наблюдение после окончания лечения проводится**

- каждые 2–3 месяца [Обоснование](#)
- каждые 1,5- 2 года
- один раз в 6 месяцев
- один раз в 12 месяцев

**11. Противоопухолевым лечение в данном случае является**

- хирургическое лечение по жизненным показаниям [Обоснование](#)
- проведение химиолучевой терапии
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса



KIA PICANTO в
Кредит от 3,7%



- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците



10. Диспансерное наблюдение после окончания лечения проводится

- каждые 2–3 месяца [Обоснование](#)
- каждые 1,5- 2 года
- один раз в 6 месяцев
- один раз в 12 месяцев



11. Противоопухолевым лечение в данном случае является

- хирургическое лечение по жизненным показаниям [Обоснование](#)
- проведение химиолучевой терапии
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса
- лучевая терапия



12. Целью консультации офтальмолога у пациентов с метастатическим поражением головного мозга является

- осмотр глазного дна [Обоснование](#)
- коррекция зрения
- измерение глазного давления
- назначение противосудорожной терапии



KIA PICANTO в
Кредит от 3,7%

