

Условие ситуационной задачи №59

Ситуация

Пациент 58 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

Жалобы

на умеренно выраженные головные боли в затылочной области, нарушение походки, головокружение, тошноту

Анамнез заболевания

В 2001 году установлен диагноз: Рак правой почки T2N0M0.

Проведено лечение:

31.10.2001 г. хирургическое: нефрэктомия справа. Гистологическое заключение: светлоклеточный почечноклеточный рак II степени анаплазии. При ежегодном контрольном обследовании данных за прогрессирование процесса не отмечалось. В декабре 2009 года (по данным КТ органов грудной клетки) выявлен метастаз в нижней доле левого легкого.

Проведено лечение:

15.01.2010 г. хирургическое: торакоскопическая резекция нижней доли левого легкого. Гистологическое заключение: субплевральный фрагмент ткани легкого 5.0x3.0x1.5 см, на расстоянии 0.5 см от краев резекции определяется узловое образование без четких границ в центре которого киста 0.5 см, узел имеет строение метастаза светлоклеточного почечноклеточного рака 3 степени анаплазии. + С января 2018 года беспокоят головные боли. 08.02.2018 г. внезапно возник окклюзионный приступ. Пациент был госпитализирован в отделение неврологии в ГКБ по месту жительства с подозрением на ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения). При проведении КТ головного мозга выявлено объемное образование в левом полушарии мозжечка, предположительно метастатического характера.

Пациент направлен в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70 % на момент обращения.

Анамнез жизни



Анамнез жизни

- Хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст. Подагра.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей нет.
- Аллергические реакции на медикаменты отрицает.
- Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 85 кг, рост 185 см. Температура тела 36,6°C. 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. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 67/мин, АД 130/95 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. Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Амнезии нет. Афазии нет. Обоняние сохранено. Зрачок S=D, средней величины, реагируют на свет живо, движения не ограничены, светобоязни нет, корнеальный рефлекс живой. Нистагм. Птоза нет. Нарушений болевой чувствительности головы, лица нет. Паралича мимической мускулатуры нет. Симптомов орального автоматизма нет. Слух не снижен. Глотание не нарушено. Небный и глоточный рефлексы живые. Атрофии языка нет, отклонения нет. Сухожильные рефлексy живые D=S. Патологического симптома Бабинского нет. Чувствительных нарушений на теле и конечностях не выявлено.

Менингеальных симптомов нет. Походка изменена, атаксия туловищная. Пальце-носовая проба, проба на диадохокинез - выполняет с промахиванием с двух сторон, в простой позе Ромберга неустойчив. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет.

Вопросы

1. В анамнезе



Техническое
обслуживание SKODA



1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

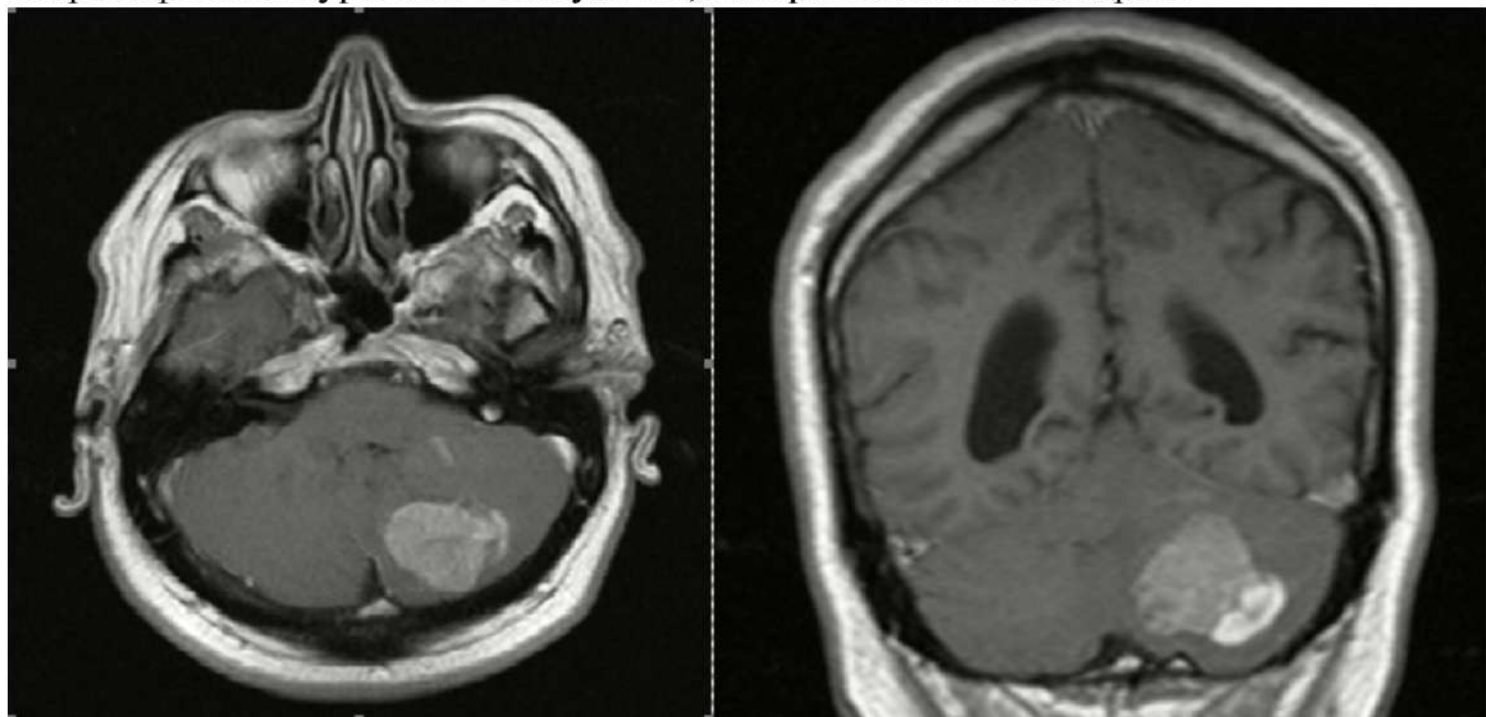
- МРТ головного мозга без и с контрастным усилением [Обоснование](#)
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- перфузионная МСКТ головного мозга
- церебральная ангиография

Результаты инструментальных методов обследования:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением: в левой гемисфере мозжечка определяется объемное образование с зоной кровоизлияния 2.3x1.6 см, общими размерами 2.7x3.4 см, с небольшой зоной перифокальной отечности. IV желудочек резко сдавлен, смещен вправо, остальные отделы желудочковой системы асимметрично расширены. Других явных очаговых образований в тканях головного мозга не выявлено.

Заключение: объемное образование левой гемисферы мозжечка, вероятнее всего метастатической природы (учитывая анамнез). Оклюзионная тривентрикулярная гидроцефалия на уровне IV желудочка, гипертензионный синдром.



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

- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, периферических лимфоузлов [Обоснование](#)
- КТ органов грудной клетки в двух проекциях [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей скелета [Обоснование](#)
- МР-диффузия всего тела (онкопоиск)
- ЭЭГ (электроэнцефалограмма)
- эзофагогастродуоденоскопия

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, периферических лимфоузлов:

Печень не увеличена, умеренно диффузно неоднородна, с признаками жировой дистрофии. Поджелудочная железа, селезенка без особенностей. Левая почка без опухолевых образований, в нижнем полюсе киста с септами 2.0 см в диаметре.

ЧЛС не расширена. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены.

Патологические образования в малом тазу не определяются. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

КТ органов грудной клетки в двух проекциях:

В паренхиме легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, в нижней доле левого легкого без признаков рецидива заболевания. Увеличенных лимфатических узлов в средостении и корнях легких нет, жидкости в плевральных полостях нет.

Сцинтиграфия костей скелета:

На обзорных сцинтиграммах явных очагов повышенного накопления радиофармпрепарата (РФП) не выявлено.

Заключение: на момент исследования признаков вторичного очагового поражения скелета не выявлено.



3. Какой диагноз можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования?

- Рак правой почки T2N0M0. Состояние после хирургического лечения в 2001 году. Прогрессирование заболевания в 2009 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после хирургического лечения в 2010 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастаз в левую гемисферу мозжечка. [Обоснование](#)
- ПМЗО: 1) Рак правой почки T2N0M0. Состояние после хирургического лечения в 2001 году. Прогрессирование заболевания в 2009 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после хирургического лечения в 2010 году. 2) Гемангиобластома мозжечка.
- ПМЗО: 1) Рак правой почки T2N0M0. Состояние после хирургического лечения в 2001 году. Прогрессирование заболевания в 2009 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после хирургического лечения в 2010 году. 2) Мозжечковая липонейроцитома.
- ПМЗО: 1) Рак правой почки T2N0M0. Состояние после хирургического лечения в 2001 году. Прогрессирование заболевания в 2009 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после хирургического лечения в 2010 году. 2) Невринома

Диагноз:

Рак правой почки T2N0M0. Состояние после хирургического лечения в 2001 году. Прогрессирование заболевания в 2009 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после хирургического лечения в 2010 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастаз в левую гемисферу мозжечка.



4. Для верификации диагноза необходимо провести

- морфологическое исследование [Обоснование](#)
- анализ крови на РЭА
- стереотаксическую биопсию опухоли

• анализ крови на АФП

- стереотаксическую биопсию опухоли
- анализ крови на АФП



5. Выбор тактики лечения пациента определяется на основании

- неврологического дефицита [Обоснование](#)
- анамнеза заболевания пациента
- консультаций окулиста, невролога
- КТ головного мозга с контрастным усилением



6. На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать

- хирургическое лечение [Обоснование](#)
- циторедуктивную операцию
- стереотаксическую радиохирургию на область церебрального метастаза
- таргетную терапию



7. Следующим этапом лечения пациента будет

- лучевая терапия [Обоснование](#)
- химиотерапия
- стереотаксическая радиохирургия
- иммунотерапия



8. На 3-м этапе лечения пациенту следует рекомендовать

- таргетную терапию [Обоснование](#)
- химиотерапию по схеме: Паклитаксел-175 мг/м² (300 мг) + Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- противоопухолевую лекарственную терапию по схеме: Иринотекан 200 мг/м² в/в в 1-й и 15-й дни + Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели
- химиотерапию по схеме: Топотекан 4 мг/м² в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов



9. Оценка эффекта лекарственного лечения проводится

- каждые 2–3 месяца [Обоснование](#)
- один раз в 6 месяцев
- один раз в 12 месяцев
- на основании данных осмотра невролога, окулиста



10. После проведенного лечения, в качестве комплексного обследования рекомендовано провести МРТ головного мозга с контрастным усилением, а так же

- рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ [Обоснование](#)
- МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога
- ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов брюшной полости, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация невролога

- рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
Обоснование
- МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога
- ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов брюшной полости, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация невролога
- МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, перфузионная МСКТ головного мозга, колоноскопия



11. Проведение реабилитации пациентке после противоопухолевого лечения

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



12. Наиболее частыми побочными эффектами, характерными для ингибиторов VEGFR, являются

- астения, АГ, диарея, ЛПС, гипотиреоз, кожная токсичность, нейтропения
Обоснование
- тошнота, рвота, гематологическая токсичность
- аллергические реакции, включая удушье, кожную сыпь и крапивницу, артралгии, периферические отёки
- кардиоваскулярная токсичность, гепатотоксичность, анемия

