



Условие ситуационной задачи №67

Ситуация

Пациент 59 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

Жалобы

на умеренно выраженные головные боли, слабость в правых конечностях, речевые нарушения

Анамнез заболевания

В 2015 году установлен диагноз: Периферический рак нижней доли левого легкого T2N0M0, IB стадия.

Проведено лечение:

хирургическое: 10.12.2015 г. нижняя лобэктомия слева. Гистологическое заключение: в ткани легкого определяется опухолевый узел диаметром 2,5 см, представленный разрастаниями аденокарциномы низкой степени дифференцировки (инвазивная аденокарцинома солидного (40%) и ацинарного (60%) типа) с признаками внеклеточного слизеобразования. В крае резекции бронха элементов опухолевого роста не определяется. В 8 внутрилегочных лимфатических узлах элементов опухолевого роста не определяется. В лимфоузле корня верхней доли легкого без элементов опухолевого роста. В 5 бифуркационных лимфатических узлах без элементов опухолевого роста.

Молекулярно-генетическое исследование: мутаций в гене EGFR не выявлено.

Далее пациент проходил ежегодное обследование, отмечалась ремиссия заболевания.

В августе 2017 года появились жалобы на умеренно выраженные головные боли, слабость в правых конечностях, нарушение воспроизведения речи. Консультирован неврологом в поликлинике по месту жительства, рекомендовано и выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в левой лобной доле головного мозга. Пациент направлен в поликлинику онкологического центра.

Анамнез жизни



Анамнез жизни

- Хронические заболевания: Аутоиммунный тиреоидит. Левосторонний узловой зоб. Наблюдается у эндокринолога. Принимает Эутирокс по 100 мкг в день.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей нет.
- Аллергические реакции на медикаменты отрицает.
- Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 89 кг, рост 170 см. Температура тела 35,6°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 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 110/69 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: в сознании, ориентирован. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Двигательная сфера: правосторонний гемипарез 3 балла в руке, 4 балла в ноге. Суставно-мышечное чувство сохранено. Моторная афазия. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координатные пробы выполняет с промахиванием справа (правосторонняя гемиатаксия). Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования



2. Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования





1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

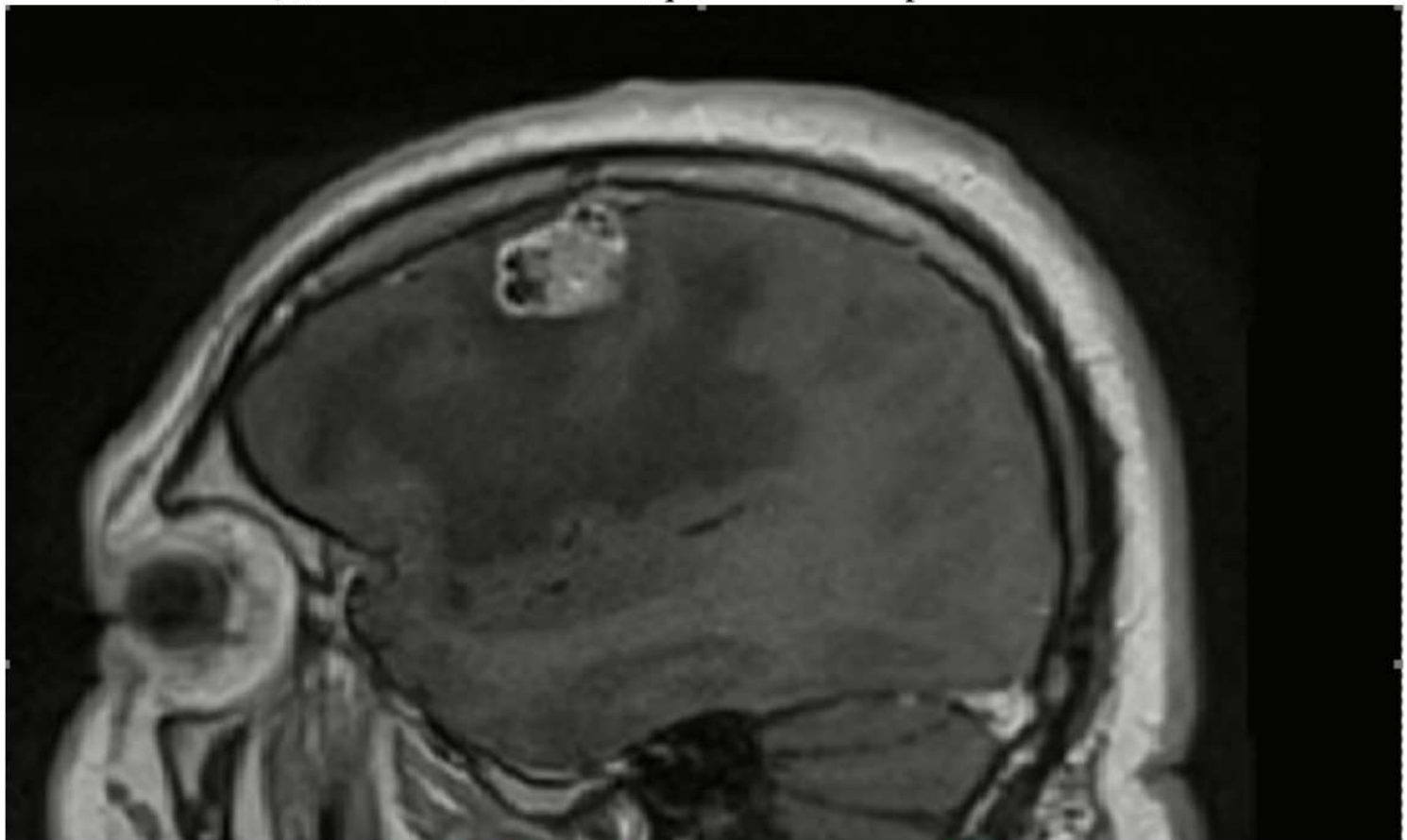
- МРТ головного мозга без и с контрастным усилением [Обоснование](#)
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ) головного мозга с метионином
- МР-трактография
- ЭЭГ (электроэнцефалограмма)

Результаты инструментальных методов обследования:

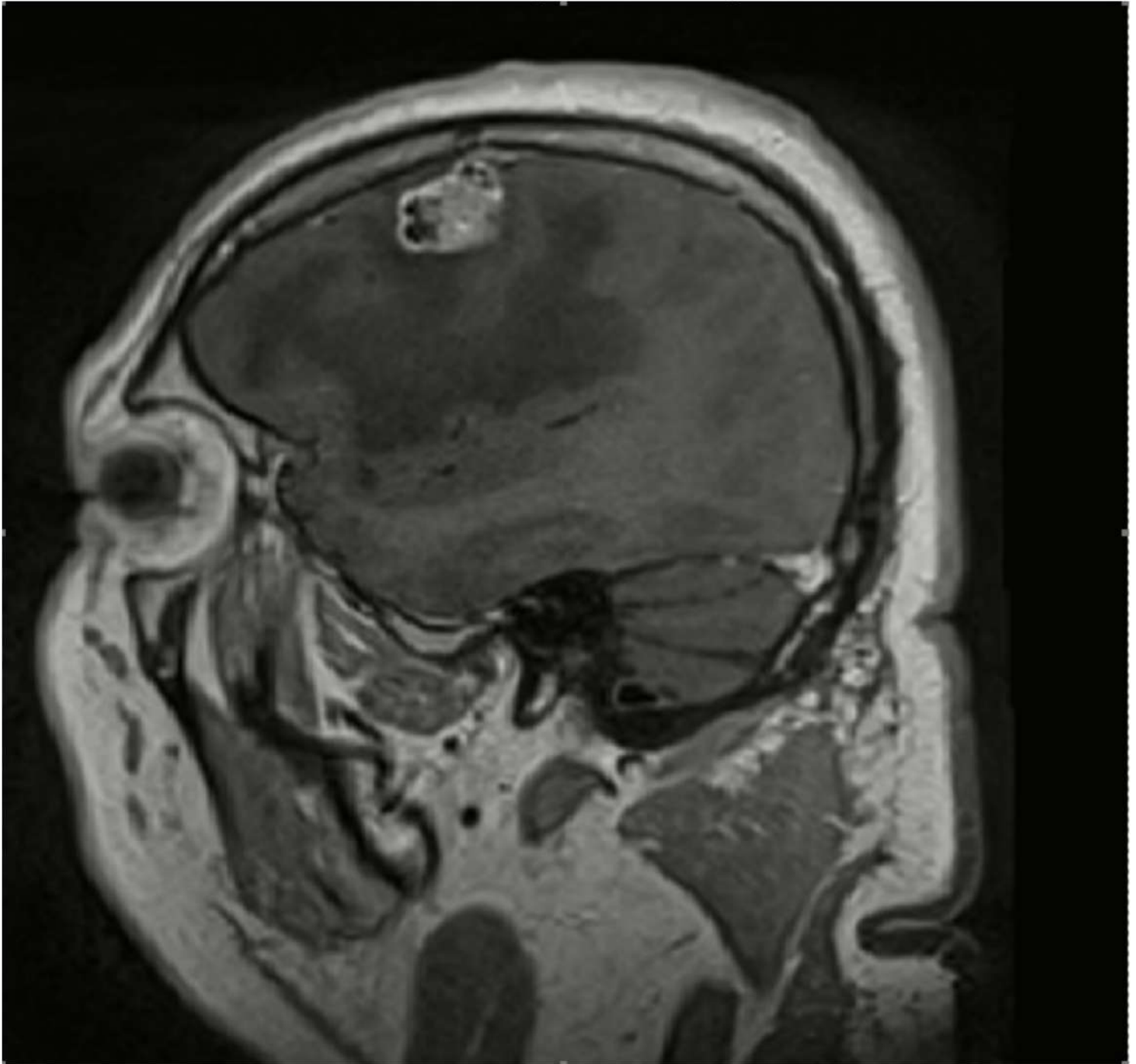
МРТ головного мозга без и с контрастным усилением:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением: в левой лобно-теменной области (средняя лобная извилина), конвексально определяется объемное образование солидно-кистозной структуры, размерами до 2,3x1,6 см с выраженной зоной перифокального отека. Срединные структуры смещены вправо на 0,6 см.

Заключение: МР-картина метастатического поражения правого полушария головного мозга, дислокационный синдром за счет выраженного отека.



области (средняя лобная извилина), конвекситально определяется объемное образование солидно-кистозной структуры, размерами до 2,3x1,6 см с выраженной зоной перифокального отека. Срединные структуры смещены вправо на 0,6 см. Заключение: МР-картина метастатического поражения правого полушария головного мозга, дислокационный синдром за счет выраженного отека.



2. Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования



Шкода Гранда Центр



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

- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, периферических лимфоузлов [Обоснование](#)
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей скелета [Обоснование](#)
- спирометрия (исследование функции внешнего дыхания)
- УЗИ вен нижних конечностей
- эзофагогастродуоденоскопия

Результаты инструментальных методов обследования:

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

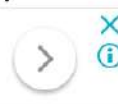
Печень не увеличена, КВР правой доли 14,5 см. Контуры ровные, структура паренхимы однородная, очаговые изменения не определяются. В области ворот печени без патологических образований. Поджелудочная железа не увеличена, контуры неровные, четкие. Структура однородная, узловые образования не определяются. Селезенка в размерах не увеличена. Структура паренхимы однородная, очаговые изменения не определяются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Почки расположены типично, не увеличены, контуры четкие, ровные. Патологические образования не визуализируются. Парааортальные, паракавальные, подвздошные лимфоузлы не визуализируются. В шейно-надключичных, в подключичных, подмышечных, паховых областях с обеих сторон патологически измененные лимфоузлы не визуализируются. Патологические образования в малом тазу не определяются. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

Состояние после нижней лобэктомии слева. Плевро-диафрагмальные напластования слева. В послеоперационной зоне на фоне скрепок патологических образований не выявлено. В правом легком очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких и тень средостения прежних размеров и формы. Выпота в плевральных полостях не выявлено.



Сервисное обслуживание.
Профессиональное
оборудование...



Состояние после нижней лобэктомии слева. Плевро-диафрагмальные напластования слева. В послеоперационной зоне на фоне скрепок патологических образований не выявлено. В правом легком очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких и тень средостения прежних размеров и формы. Выпота в плевральных полостях не выявлено.

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?

- Периферический рак нижней доли левого легкого T2 N0 M0, IV стадия. Состояние после нижней лобэктомии слева в 2015 году. Прогрессирование заболевания в 2017 году: метастаз в головной мозг [Обоснование](#)
- ПМЗО: 1) Периферический рак нижней доли левого легкого T2 N0 M0, IV стадия. Состояние после нижней лобэктомии слева в 2015 году. 2) Глиобластома левой лобно-теменной области
- ПМЗО: 1) Периферический рак нижней доли левого легкого T2 N0 M0, IV стадия. Состояние после нижней лобэктомии слева в 2015 году. 2) Анапластическая астроцитома левой лобно-теменной области
- ПМЗО: 1) Глиобластома левой лобно-теменной области. 2) Диффузная астроцитома левой лобно-теменной области

Диагноз:

Периферический рак нижней доли левого легкого T2 N0 M0, IV стадия. Состояние после нижней лобэктомии слева в 2015 году. Прогрессирование заболевания в 2017 году: метастаз в головной мозг



4. Для верификации диагноза необходимо провести



Техническое обслуживание SKODA





4. Для верификации диагноза необходимо провести

- морфологическое исследование [Обоснование](#)
- анализ крови на Cyfra 21-1
- биохимический анализ крови
- анализ свертывающей системы крови



5. Выбор тактики лечения пациента определяется на основании

- неврологического дефицита [Обоснование](#)
- анамнеза заболевания пациента
- консультаций окулиста, невролога
- КТ органов грудной клетки и головного мозга



6. На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать

- хирургическое лечение [Обоснование](#)
- открытую биопсию опухоли
- стереотаксическую радиохимию на область церебрального метастаза
- противоопухолевую лекарственную терапию



7. Следующим этапом лечения пациента будет



8. Для выбора режима противоопухолевой лекарственной терапии необходимо



Техническое
обслуживание SKODA



7. Следующим этапом лечения пациента будет

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



8. Для выбора режима противоопухолевой лекарственной терапии необходимо проведение

- молекулярно-генетического исследования опухоли [Обоснование](#)
- цитологического исследования опухоли
- биохимического анализа крови
- анализа крови на альфафетопротеин



9. Для пациентов с мутациями гена EGFR в качестве терапии I линии следует рассматривать

- таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы; Афатиниб по 30–40 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности [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
- таргетную терапию: Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в каждые 2 недели
- комбинированную иммунотерапию (анти-PD1 + анти-CTLA-4): Ниволумаб 1 мг/кг в/в капельно + Ипилимумаб 3 мг/кг в/в капельно 1 раз в 3 недели (суммарно 4 введения), затем Ниволумаб 3 мг/кг (но не более 240 мг) в/в капельно 1 раз в 2 недели, длительно



10. При транслокации ALK/ROS1 оптимальным режимом I первой линии является

- таргетная терапия Кризотинибом [Обоснование](#)
- пеметрексед 500 мг/м² в/в в 1-й день + Карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели
- гефитиниб по 250 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- эрлотиниб по 150 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности



11. При отсутствии драйверных молекулярно-генетических нарушений следует проводить химиотерапевтическое лечение

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом [Обоснование](#)
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия препаратами платины



12. Наиболее частыми побочными эффектами характерными для ингибиторов тирозинкиназы EGFR являются

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита [Обоснование](#)
- тошнота, рвота, диарея
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения
- гематологическая токсичность, нейротоксичность

