

Условие ситуационной задачи №5

Ситуация

Пациентка 52 лет госпитализирована в отделение эндокринологии по направлению из районной поликлиники

Жалобы

На прибавку массы тела на 15 кг за последний год, перераспределение жировой ткани с преимущественным отложением на лице, животе, избыточный рост волос на лице, груди, животе, спине, снижение тембра голоса, потливость повышение артериального давления максимально до 220/100 мм.рт.ст., тянущие боли в пояснице, повышенную утомляемость, слабость, апатию.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-х лет отмечает избыточный рост волос на лице, груди, животе, бедрах и снижение тембра голоса. К врачам не обращалась. В течение последних 6 месяцев масса тела увеличилась на 15 кг, при этом отметила резкое изменение внешности: округление лица, отложение жира в надключичных областях, в области живота, скошенные ягодицы и «похудение» рук и ног. Стала беспокоить тянущая, ноющая боль в поясничном отделе позвоночника, усиливающаяся при физических нагрузках. В течение последнего года отмечает постепенное ухудшение состояния: нарастание слабости, апатии, раздражительности. Также в течение последнего года отмечает тенденцию к все большему повышению уровня артериального давления, которое стало достигать до 220/100 мм.рт.ст. При обследовании в районной поликлинике по данным УЗИ брюшной полости: в проекции левого надпочечника образование низкой эхогенности 7,3 x 5,4 x 4,6 см (88 мл). Гормонального исследования не проводили. В биохимическом анализе крови выявлена гипергликемия натощак - 9,0 ммоль/л. Назначен Эналаприл 20 мг 2 раза в день, Индапамид 1,5 мг утром, которые пациентка получает по настоящее время с незначительным положительным эффектом по снижению уровня артериального давления. По направлению районного эндокринолога госпитализирована в эндокринологическое отделение многопрофильного стационара.

пояснице, повышенную утомляемость, слабость, апатию.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-х лет отмечает избыточный рост волос на лице, груди, животе, бедрах и снижение тембра голоса. К врачам не обращалась. В течение последних 6 месяцев масса тела увеличилась на 15 кг, при этом отметила резкое изменение внешности: округление лица, отложение жира в надключичных областях, в области живота, скошенные ягодицы и «похудение» рук и ног. Стала беспокоить тянущая, ноющая боль в поясничном отделе позвоночника, усиливающаяся при физических нагрузках. В течение последнего года отмечает постепенное ухудшение состояния: нарастание слабости, апатии, раздражительности. Также в течение последнего года отмечает тенденцию к все большему повышению уровня артериального давления, которое стало достигать до 220/100 мм.рт.ст. При обследовании в районной поликлинике по данным УЗИ брюшной полости: в проекции левого надпочечника образование низкой эхогенности 7,3 x 5,4 x 4,6 см (88 мл). Гормонального исследования не проводили. В биохимическом анализе крови выявлена гипергликемия натощак - 9,0 ммоль/л. Назначен Эналаприл 20 мг 2 раза в день, Индапамид 1,5 мг утром, которые пациентка получает по настоящее время с незначительным положительным эффектом по снижению уровня артериального давления. По направлению районного эндокринолога госпитализирована в эндокринологическое отделение многопрофильного стационара.

Анамнез жизни

Не работает. Домохозяйка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на медикаменты не испытывает. Профессиональные вредности отрицает. В возрасте 20 и 23 лет родила здоровых детей. Проблем с зачатием и вынашиванием детей не было. В возрасте 48 лет перенесла надвлагалищную ампутацию матки по поводу миомы матки. До момента появления вышеизложенных жалоб считала себя практически здоровым человеком. Диспансерные осмотры не проходила

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 165 см. вес - 91 кг. ИМТ 33.5 кг/м². Кожные покровы влажные. Избыточный рост волос на лице и шее

не работает. домохозяйка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на медикаменты не испытывает. Профессиональные вредности отрицает. В возрасте 20 и 23 лет родила здоровых детей. Проблем с зачатием и вынашиванием детей не было. В возрасте 48 лет перенесла надвлагалищную ампутацию матки по поводу миомы матки. До момента появления вышеизложенных жалоб считала себя практически здоровым человеком. Диспансерные осмотры не проходила

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 165 см. вес - 91 кг. ИМТ 33.5 кг/м². Кожные покровы влажные. Избыточный рост волос на лице и шее, характерное изменение внешности: перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области лица, шеи, надключичных областях, живота. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 78 уд/ мин. Периферических отеков нет. АД-170/100 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный, не обложен. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна во всех отделах. Послеоперационный рубец после нижнесрединной лапаротомии без особенностей. Дефектов в апоневрозе передней брюшной стенки нет. Размеры печени по Курлову - 9 x 8 x7 см. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)



2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является



3. Предполагаемым основным диагнозом является



4. Необходимым дополнительным лабораторным исследованием является



Вопросы

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

- проведение малой дексаметазоновой пробы [Обоснование](#)
- определение уровня тестостерона [Обоснование](#)
- определение уровня ТТГ
- определение уровня свободного Т4
- исследование уровня электролитов в биохимическом анализе крови
- проведение анализа мочи по Зимницкому

Результаты лабораторных методов обследования:

Проведение малой дексаметазоновой пробы:

Малая дексаметазоновая проба: Кортизол 709 нмоль/л (119-618), после приема 1 мг дексаметазона: Кортизол - 753 нмоль/л (11 9-618)

Определение уровня тестостерона:

Тестостерон 15,1 нг/мл (норма 0,1 – 1,0)



2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием [Обоснование](#)
- сцинтиграфия надпочечников с MIBG-I123
- динамическая сцинтиграфия почек
- УЗИ органов брюшной полости

Результаты инструментальных методов обследования:

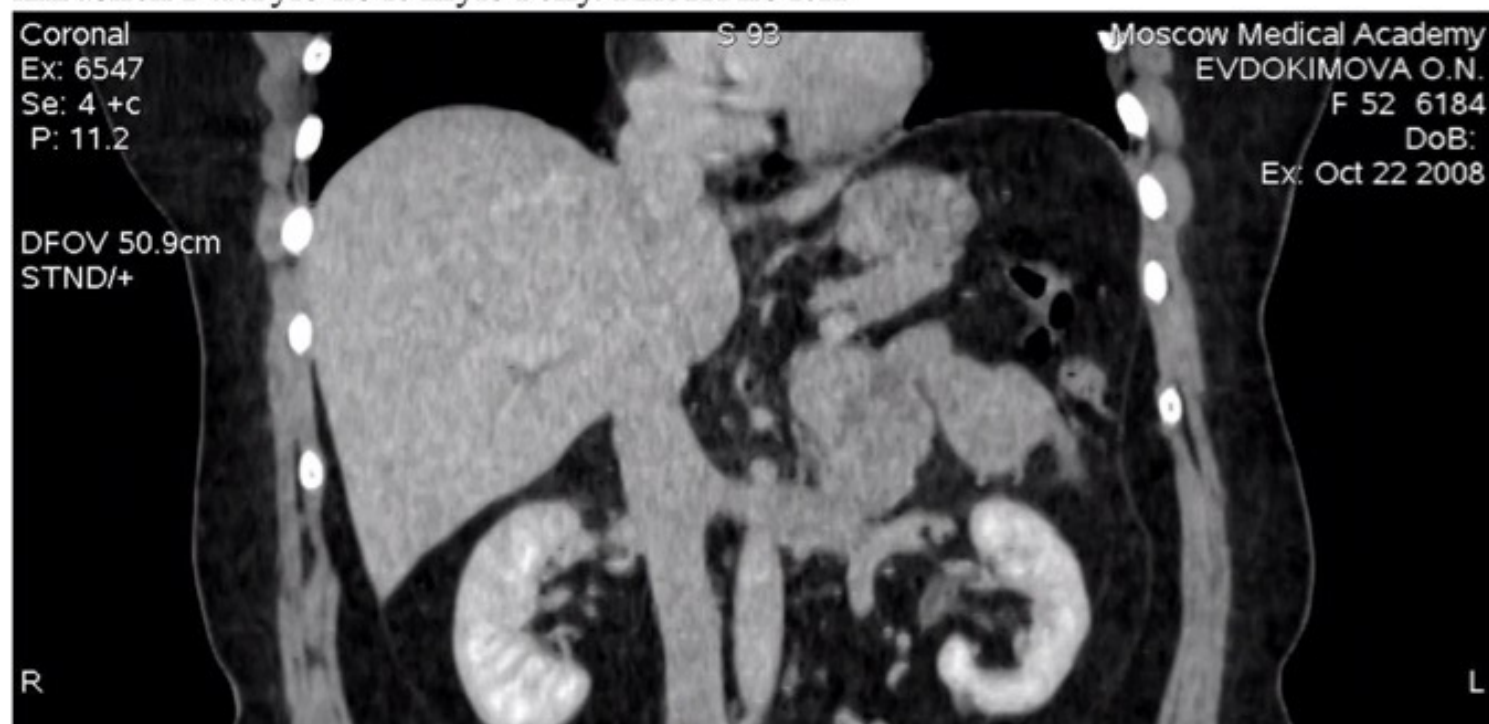
Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием:

Результаты инструментальных методов обследования:

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием:

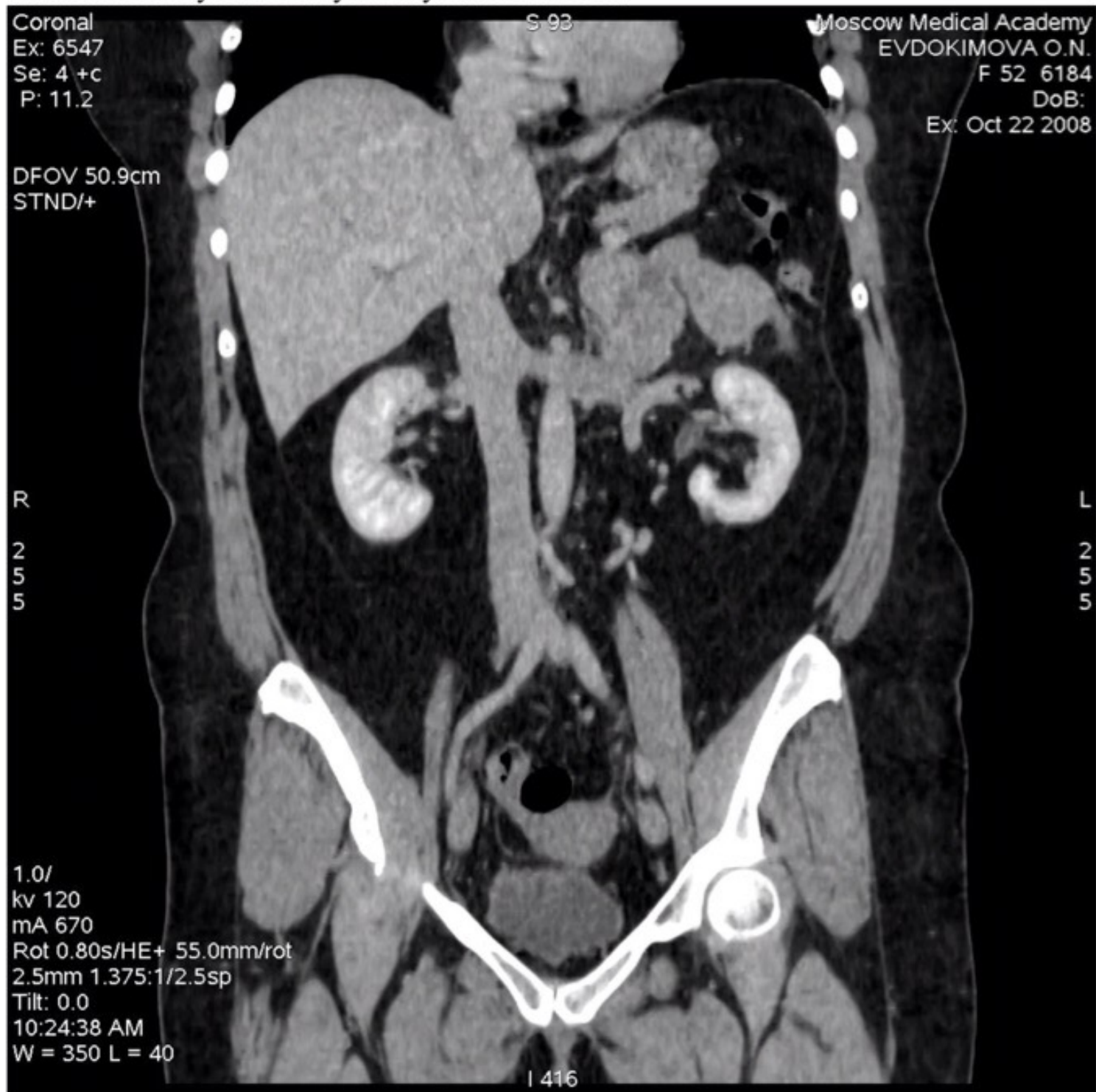
Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка – без признаков патологических изменений. Почки обычной формы, размеров и положения. Левая почка ротирована, в среднем сегменте киста 8 мм, в нижнем сегменте киста 7 мм. В верхнем сегменте правой почки определяется киста 17 мм. Кортико-медуллярная дифференциация четко выражена. Накопление и выведение контрастного вещества своевременное. Чашечно-лоханочная система не деформирована. Мочеточники прослежены на всём протяжении. Почечные артерии имеют типичное отхождение; признаков окклюзии не выявлено. В левом надпочечнике солидное многоузловое образование (33 Hu) с неровными, нечёткими, бугристыми контурами, с неоднородной структурой, размером 76x50,5x85 мм, нижний полюс образования интимно прилежит к верхнему полюсу почки и левой почечной вене, в левой почечной вене определяется дефект контрастирования. В артериальную фазу плотность образования 40-51 Hu; в паренхиматозную отмечается накопление контрастного вещества преимущественно по периферии (64 Hu); в центре определяется гиподенсная зона (20 Hu); в отсроченную фазу 47 Hu. Правый надпочечник типично расположен, не увеличен. Магистральные сосуды обычного калибра. Признаков лимфаденопатии не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Заключение: КТ-картина злокачественного новообразования левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену. Кисты почек.



надпочечники типично расположен, не увеличен. Магистральные сосуды обычного калибра. Признаков лимфаденопатии не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Заключение: КТ-картина злокачественного новообразования левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену. Кисты почек.



Tilt: 0.0
10:24:38 AM
W = 350 L = 40

I 416



3. Предполагаемым основным диагнозом является

- Гормональноактивный аденокортикальный рак левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену [Обоснование](#)
- Болезнь Иценко-Кушинга (АКТГ-зависимый гиперкортицизм)
- Гормональнонеактивный аденокортикальный рак левого надпочечника
- Тератома левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену

Диагноз:

Гормональноактивный аденокортикальный рак левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену



4. Необходимым дополнительным лабораторным исследованием является

- определение суточной экскреции метанефринов [Обоснование](#)
- проба Реберга
- маршевая проба
- активность ренина плазмы



5. Выберите среди перечисленных дополнительные инструментальные исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса (выберите 2)

- компьютерная томография органов грудной клетки [Обоснование](#)

• сканирование костей [Обоснование](#)



5. Выберите среди перечисленных дополнительные инструментальные исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса (выберите 2)

- компьютерная томография органов грудной клетки [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей [Обоснование](#)
- рентгенография органов грудной клетки
- денситометрия костной ткани
- эндосонография поджелудочной железы
- УЗИ матки с придатками

Результаты дополнительных инструментальных обследований:

Компьютерная томография органов грудной клетки:

В субплевральных отделах легких определяются участки фиброза. Пневматизация и васкуляризация легочной ткани не изменена. В нижней доле правого легкого перибронхиально визуализируются структуры типа «дерево с почками». Жидкости в плевральных полостях нет. Трахея и крупные бронхи свободно проходимы, визуализируются множественные цилиндрические бронхоэктазы, наиболее многочисленные в нижней доле правого легкого. Лимфатические узлы средостения не увеличены. Аорта, легочный ствол и их ветви не расширены. Листки перикарда тонкие, жидкости в полости перикарда нет. Кальцинаты в стенках коронарных артерий.

Заключение: Диффузный бронхит с бронхоэктазами, бронхиолит.

Сцинтиграфия костей:

Заключение: очагов повышенного накопления РФП в костной ткани не обнаружено



6. Биопсия опухоли надпочечника необходима, если





6. Биопсия опухоли надпочечника необходима, если

- возникает подозрение на метастатическое поражение надпочечника [Обоснование](#)
- образование в надпочечнике обнаружено случайно при обследовании
- есть подозрение на феохромоцитому
- опухоль гормонально не активна



7. Наиболее вероятным жизнеугрожающим осложнением у данной пациентки является

- тромбоэмболия легочной артерии [Обоснование](#)
- почечная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность
- гипогликемическая кома



8. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений в дооперационном и послеоперационном периодах целесообразно использовать

- эноксапарин [Обоснование](#)
- аспирин
- варфарин
- дабигатран



9. Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является



9. Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является

- открытая левосторонняя адреналэктомия с почечной флеботомией и удалением опухолевого тромба, аортокавальная лимфаденэктомия [Обоснование](#)
- открытая левосторонняя адреналэктомия, нефрэктомия, аортокавальная лимфаденэктомия
- лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия, нефрэктомия
- лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия, аортокавальная лимфаденэктомия

**10. С учетом данных полученных при патогистологическом исследовании, Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз адренокортикальный рак левого надпочечника T4N0M0. Ki67% - 12%. В данной ситуации вы рекомендуете**

- адъювантную химиотерапию митотаном [Обоснование](#)
- проведение иммунотерапии интерфероном
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- воздержание от химиотерапевтического лечения

**11. В случае развития местного рецидива опухоли, следует предпринять**

- повторное хирургическое лечение [Обоснование](#)
- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию





10. С учетом данных полученных при патогистологическом исследовании, Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз адренокортикальный рак левого надпочечника T4N0M0. Ki67% - 12%. В данной ситуации вы рекомендуете

- адьювантную химиотерапию митотаном [Обоснование](#)
- проведение иммунотерапии интерфероном
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- воздержание от химиотерапевтического лечения



11. В случае развития местного рецидива опухоли, следует предпринять

- повторное хирургическое лечение [Обоснование](#)
- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию



12. При аденокортикальном раке показано назначение дистанционной лучевой терапии

- в случае метастатического поражения костей и головного мозга [Обоснование](#)
- в предоперационном периоде
- интраоперационно в случае инвазии в капсулу почки
- в случае местного рецидива опухоли

