

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациент 53 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

Жалобы

на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, общую слабость.

Анамнез заболевания

В 2012 году диагностирован рак сигмовидной кишки T4N2M0. Проведено лечение: 10.07.2012 г хирургическое: резекция сигмовидной кишки. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В послеоперационном периоде проведено 8 курсов ПХТ по схеме XELOX: Оксалиплатин + Капецитабин с 1-14 дни.

В августе 2016 года при КТ органов грудной клетки был выявлен метастаз в нижней доле левого легкого. 27.08.2016 г выполнена операция в объеме нижняя лобэктомия слева. В послеоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (КАМПТО). В декабре 2018 года появились жалобы на головную боль, речевые нарушения, общую слабость. После консультации невролога в поликлинике по месту жительства было выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в правой височной доле головного мозга. Пациент направлен в онкологический центр для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

- хронические заболевания: хронический панкреатит
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей нет
- аллергические реакции на медикаменты отрицает
- опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 81 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор снижен. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 126/80 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. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Умеренно выраженные головные боли. Элементы моторной афазии. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

КТ головного мозга с контрастным усилением

MPT головного мозга с контрастным усилением

Обоснование

церебральная ангиография

позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ)
головного мозга с метионином

Результаты инструментального метода
обследования

MPT головного мозга с контрастным усилением

MPT головного мозга с контрастным усилением: в правой височной доле головного мозга определяется очаговое образование

3,8x3,5x3,4 см с зоной выраженного перифокального отека. Смещающее срединные структуры на 1,0 см., неравномерно накапливающее контрастное вещество, с четкими контурами. Заключение: МР-картина объемного образования правой височной доли головного мозга.

Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 3)

анализы крови на онкомаркеры РЭА, СА-199

Обоснование

МРТ шейного отдела позвоночника

МРТ органов забрюшинного пространства

КТ органов грудной клетки

Обоснование

анализы крови на онкомаркер СА-15-3

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства

Печень не увеличена, КВР правой доли 14,5 см. Контур неровный, структура паренхимы с признаками диффузных дистрофических изменений, в доступных визуализации отделах очаговые изменения не определяются. Вены портальной системы не расширены, сосудистый рисунок не изменен. Внутри- и внепеченочные желчные

протоки не расширены. В области ворот печени без патологических образований. Желчный пузырь обычных размеров, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена, контуры неровные, четкие. Структура однородная, узловые образования не определяются. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка в размерах не увеличена, эхогенность не изменена. 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. Соотношение паренхимы и почечного синуса сохранено, чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не определяются. Мочеточники без патологических особенностей. Надпочечники без патологических особенностей. Парааортальные, паракаваальные, 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.

КТ органов грудной клетки

Состояние после нижней лобэктомии слева: данных за рецидив в послеоперационной области нет. В лёгких без очаговых и инфильтративных изменений. Патологических изменений лёгочного рисунка не выявлено. Корни лёгких структурны, не расширены. Срединная тень расположена центрально, не расширена, ретростернальное пространство свободно. Выпота в плевральных полостях не выявлено.

Заключение: патологических изменений в органах грудной клетки не выявлено.

Анализ крови на онкомаркеры РЭА, СА-199

РЭА=300 нг/мл (<5 нг/мл);

СА-199=125 Ед/мл (до 37 Ед/мл)

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

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году.

Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в

нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году.

2) Анапластическая астроцитома правой височной доли головного мозга

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году.

Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Плеоморфная ксантоастроцитома правой височной доли головного мозга

Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году.

Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году.

Прогрессирование в 2018 году: метастаз в правую височную долю головного мозга

Обоснование

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году.

Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Глиобластома правой височной доли головного мозга

Диагноз

Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году. Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году.

Прогрессирование в 2018 году: метастаз в правую височную долю головного мозга

Для верификации диагноза необходимо провести

ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)

стереотаксическую биопсию опухоли

анализ крови на SCC

морфологическое исследование

Выбор тактики лечения пациента определяется на основании

электроэнцефалограммы

неврологического дефицита

Обоснование

КТ головного мозга с контрастным усилением

консультации радиолога

На 1-м этапе пациенту показано _____
лечение

лучевое (стереотаксическая радиохирургия)

хирургическое

Обоснование

лекарственное (дегидратационная терапия)

лекарственное (противоопухолевое)

Следующим этапом лечения пациента будет

лучевая терапия

Обоснование

таргетная терапия

гормонотерапия

иммунотерапия

К рекомендуемым режимам лекарственной терапии метастатического колоректального рака относится

капецитабин - 2500мг/м²/сутки внутрь в 1–14-й дни

Обоснование

гемцитабин 1000мг/м² в/в в 1-й и 8-й дни {pkus}

Карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели

этопозид 100мг/м² в/в в 1–3-й дни {pkus} Карбоплатин

AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели

паклитаксел 80 мг/м² в/в еженедельно, 12 введений

Оценка эффекта лекарственного лечения проводится

каждые 2–3 месяца

Обоснование

один раз в 6 месяцев

один раз в 9 месяцев

после каждого курса химиотерапии

После проведенного лечения в качестве комплексного обследования рекомендовано провести

КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, МРТ органов малого таза, МР-диффузию всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства

КТ головного мозга с контрастным усилением, ПЭТ/КТ всего тела с ФДГ, консультацию окулиста, консультацию невролога, ЭКГ

КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионную МСКТ головного мозга, ЭГДС, МР-диффузию всего тела

МРТ головного мозга с контрастным усилением, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ

К осложнениям, возникающим при приеме капецитабина относят

ладонно-подошвенный синдром, диарею, тошноту, рвоту, стоматит

Обоснование

повышение активности печеночных трансаминаз;
нечасто - повышение концентрации билирубина,
повышение активности ЩФ, повышение активности ЛДГ,
редко - повышение концентрации конъюгированного
билирубина (при сопутствующем повышении активности
АЛТ или без него)

ортостатическую гипотензию, брадикардию, нарушение
AV-проводимости, появление симптомов сердечной
недостаточности

лихорадку, периферические отеки, ухудшение общей
мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению);
нечасто - ухудшение общего самочувствия (включая
недомогание)

Химиопрепараты вызывают ладонно-
подошвенный синдром

повышения биохимических показателей (АЛТ, АСТ, ЩФ)

развития идиосинкразии

ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

Обоснование

аллергических реакций