

Условие ситуационной задачи №65

Ситуация

Пациентка 70 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

Жалобы

на повышение уровня АД до 180/80 мм рт ст (максимальные цифры) в течение последнего месяца, чаще в утренние часы, умеренно выраженные головные боли. Снижение массы тела на 14 кг в течение последнего месяца. На опухолевое образование в правой лобно-теменной области.

Анамнез заболевания

В феврале 2011 года отметила появление опухолевого образования в правой лобно-теменной области, которое постепенно увеличивалось в размерах. При обследовании в онкодиспансере по месту жительства выполнена пункция образования правой лобно-теменной области, цитологическое заключение: метастаз БДУ (без диагностического уточнения).

Проведено комплексное обследование:

МРТ головного мозга: объемный процесс в правой лобно-теменной области 62x40x44 мм в диаметре с деструкцией костей свода черепа на уровне локализации, протяженностью до 38 мм, интракраниальный компонент до 12 мм глубиной.

Сцинтиграфия скелета: признаки вторичного очагового поражения костей свода черепа, 7 грудного позвонка, костей таза и 2 ребра слева.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: патологии не выявлено.

По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены множественные очаги в печени.

С целью дообследования выполнено КТ исследование органов брюшной полости с контрастным усилением: печень обычно расположена, поперечными размерами 20x12 см. Контуры четкие неровные. Плотность паренхимы на нижней границе нормы. В С7 определяется нечетко очерченное патологическое образование размерами 47x40x40 мм, накапливающее контрастный препарат наиболее интенсивно в артериальную фазу исследования, "сбрасывающее" контрастный

размерами 47x40x40 мм, накапливающее контрастный препарат наиболее интенсивно в артериальную фазу исследования, "сбрасывающее" контрастный препарат в паренхиматозную и отсроченную фазы с образованием гиперденсного ободка по периферии. Во всех сегментах печени определяются патологические очаги. Селезенка размерами 12.8x5.5x12.5 см, структура однородная. Воротная вена 12.4 мм, селезеночная вена-11 мм, верхняя брыжеечная вена - 11.4 мм. Пупочная вена - 4 мм. По другим органам без особенностей. Заключение: КТ-картина множественных очагов печени.

Выполнена биопсия опухолевого образования в С7 печени (наиболее крупный очаг). Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Пациентка направлена в онкологический центр для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

- хронические заболевания: хронический гепатит С (1b). Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода II ст. Компенсированный фрагментированный субтотальный стеноз пищевода. Гастродуоденит. Гипертоническая болезнь II ст. 2 ст.
- не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- аллергические реакции на медикаменты отрицает.
- опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 50 кг, рост 165 см. Температура тела 36,5°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. Органы дыхания: жалоб нет. Данные осмотра молочных желез без патологии. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/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: в сознании, ориентирована. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные

< Задачи

Пупочная вена — 7 мм. К другим органам без особенностей. Заключение: картина множественных очагов печени.

Выполнена биопсия опухолевого образования в С7 печени (наиболее крупный очаг). Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Пациентка направлена в онкологический центр для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

- хронические заболевания: хронический гепатит С (1b). Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода II ст. Компенсированный фрагментированный субтотальный стеноз пищевода. Гастродуоденит. Гипертоническая болезнь II ст. 2 ст.
- не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- аллергические реакции на медикаменты отрицает.
- опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 50 кг, рост 165 см. Температура тела 36,5°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. Органы дыхания: жалоб нет. Данные осмотра молочных желез без патологии. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/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: в сознании, ориентирована. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы отрицательные. Местный статус: в правой лобно-теменной области отмечается опухолевое образование плотно-эластичной консистенции. Безболезненное при пальпации. Общими размерами 6,0x5,0 см.

Вопросы



1. Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

- МРТ головного мозга без и с контрастным усилением [Обоснование](#)
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ) головного мозга с метионином
- ЭЭГ
- УЗ-доплерография в импульсном режиме парных сосудов

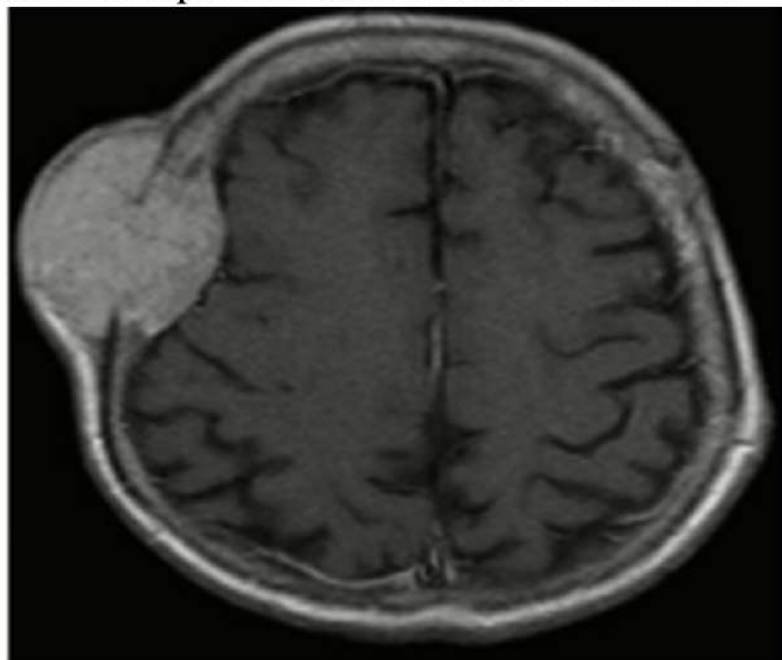
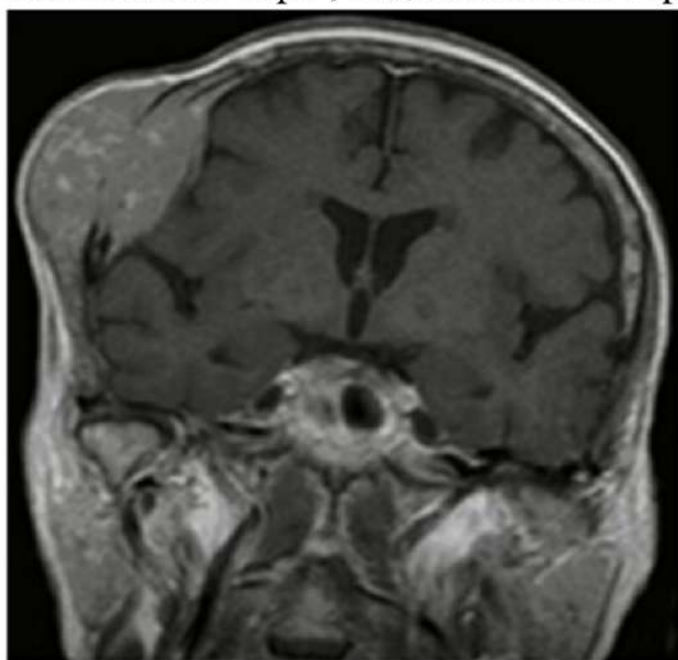
Результаты инструментального метода обследования:

МРТ головного мозга без и с контрастным усилением:

На контрольных изображениях размеры и структура параоссального образования правой лобно-теменной области, размерами 62x40x44 мм в диаметре без динамики. Боковые желудочки мозга симметричны, умеренно расширены.

Субарахноидальные пространства больших полушарий головного мозга, конвекситальные борозды расширены. Цереброспинальный переход и sellarная область без видимых изменений. После внутривенного введения контрастного вещества определяется диффузное контрастирование выше описанного образования правой лобно-теменной области. Других патологических образований, накапливающих контрастное вещество, не выявлено.

Заключение: пара-, эндооссальное образование правой лобно-теменной области.



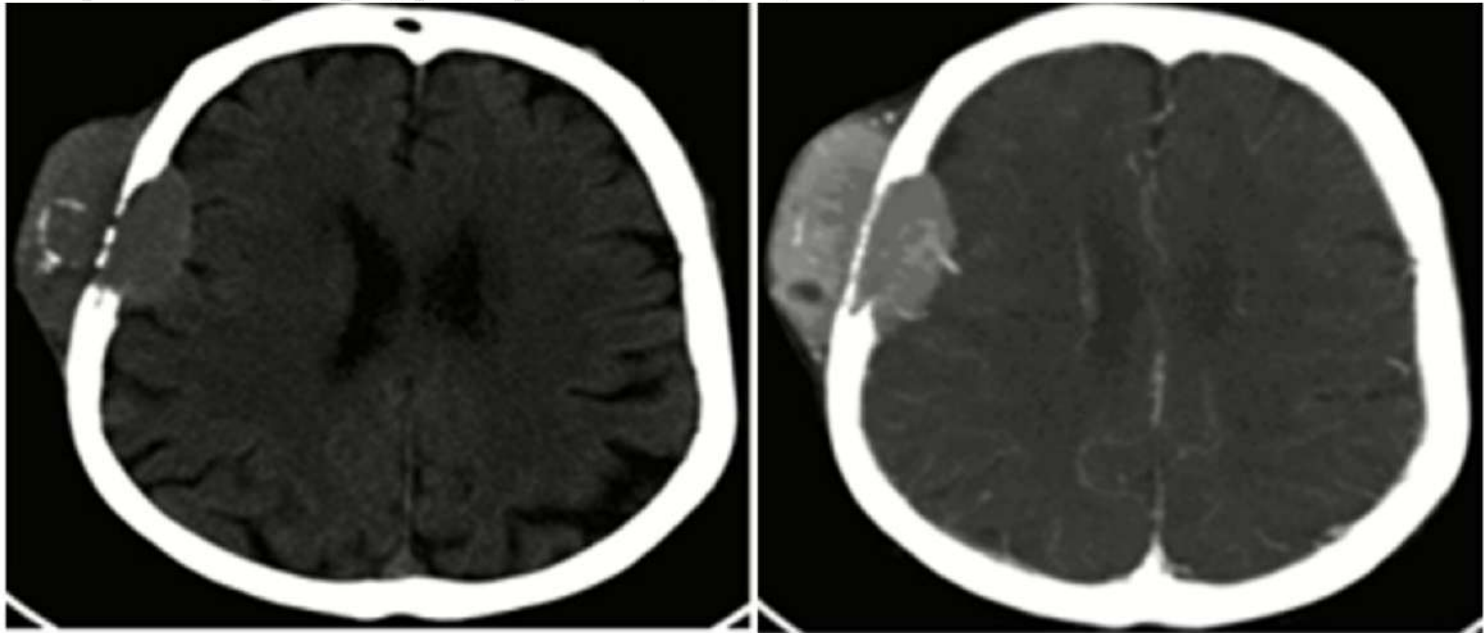
2. Выберите необходимые для выбора тактики лечения и оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования (выберите 3)

- КТ головного мозга и костей черепа с контрастным усилением [Обоснование](#)
- КТ-перфузия головного мозга с контрастным усилением [Обоснование](#)
- анализ крови на альфафетопротеин [Обоснование](#)
- МРТ шейного отдела позвоночника
- УЗИ вен нижних конечностей
- МРТ органов забрюшинного пространства

Результаты инструментальных методов обследования:

КТ головного мозга и костей черепа с контрастным усилением:

В правой теменной кости определяется участок литической деструкции, с формированием внекостного компонента, который интенсивно накапливает контрастный препарат, размерами 6,0х4,0х4,5 см.

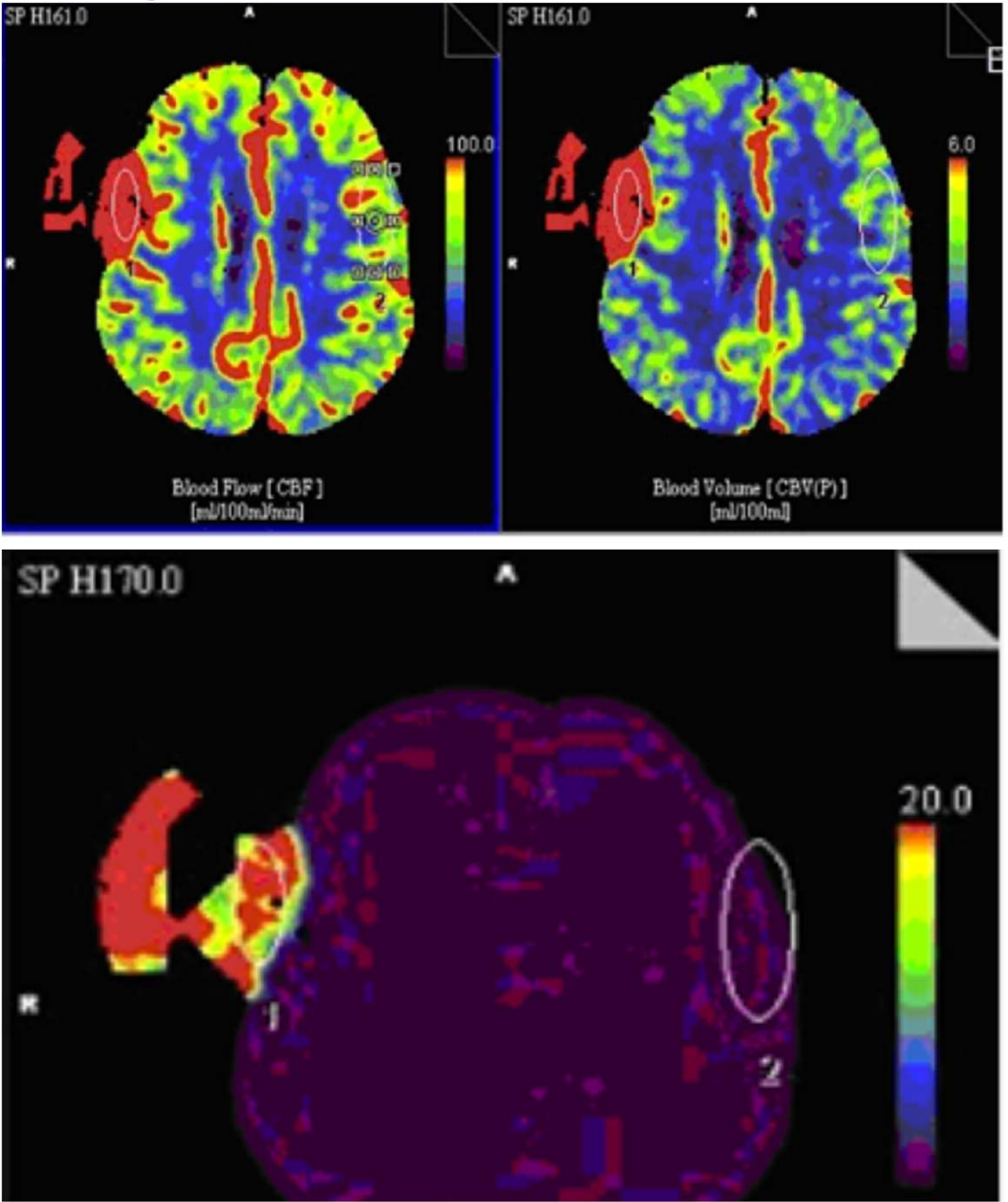


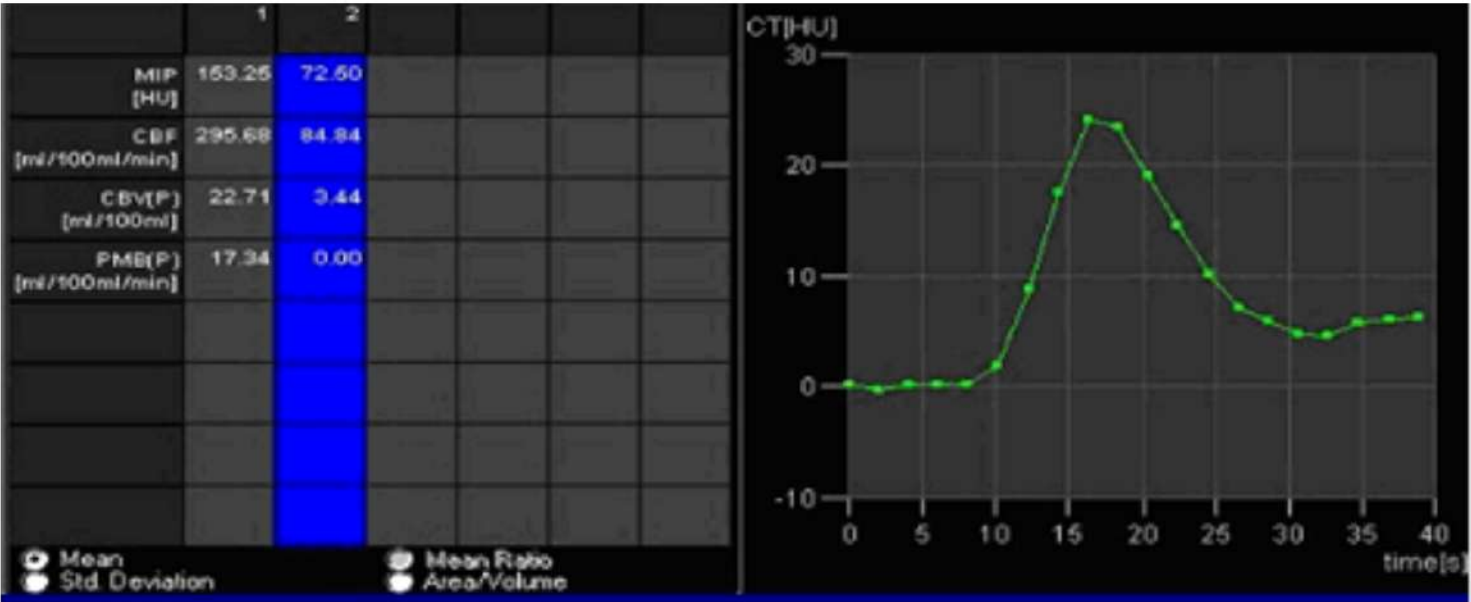
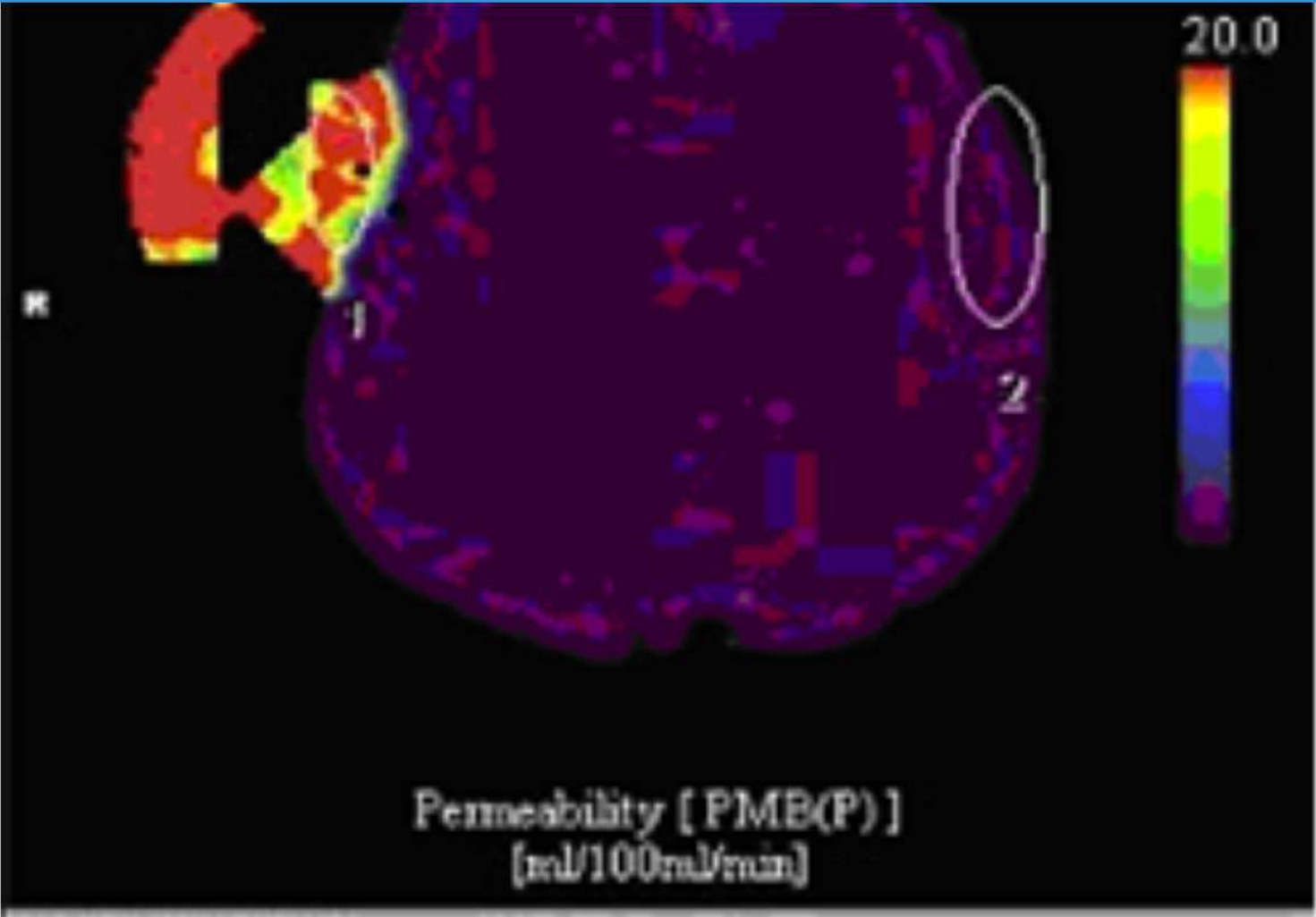
КТ-перфузия головного мозга с контрастным усилением:

Отмечается значительно выраженное повышение скорости, объема кровотока и проницаемости гематоэнцефалического барьера в опухоли, исходящей из правой теменной кости.

Заключение: на исследуемом уровне выявляется высоко васкуляризированный

Заключение: на исследуемом уровне выявляется высоко васкуляризированный метастаз в правой теменной области.





Анализ крови на альфафетопротеин:
АФП =300 мМЕ/мл.





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

- Гепатоцеллюлярный рак. Метастазы в кости таза, позвоночника, в правую лобно-теменную область с экстра- и интракраниальным ростом [Обоснование](#)
- ПМЗО: 1) Гепатоцеллюлярный рак. Метастазы в кости таза, позвоночника, в правую лобно-теменную область с экстра- и интракраниальным ростом. 2) Менингиома правой лобно-теменной области
- ПМЗО: 1) Гепатоцеллюлярный рак. Метастазы в кости таза, позвоночника, в правую лобно-теменную область с экстра- и интракраниальным ростом. 2) Остеосаркома правой лобно-теменной области
- ПМЗО: 1) Гепатоцеллюлярный рак. Метастазы в кости таза, позвоночника, в правую лобно-теменную область с экстра- и интракраниальным ростом. 2) Метастаз в правой лобно-теменной области без выявленного первичного очага

Диагноз:

Гепатоцеллюлярный рак. Метастазы в кости таза, позвоночника, в правую лобно-теменную область с экстра- и интракраниальным ростом



4. Для определения тактики лечения пациентки необходимо проведение

- консилиума с участием нейрохирурга, онколога, радиотерапевта [Обоснование](#)
- осмотра глазного дна (консультация окулиста)
- неврологического осмотра (консультация невролога)
- анализа свертывающей системы крови



5. Объемом нейрохирургического вмешательства будет



5. Объемом нейрохирургического вмешательства будет

- удаление метастаза из правой лобно-теменной области, пластика костного дефекта титановой пластиной [Обоснование](#)
- удаление метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей
- частичное удаление мягкотканного компонента метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей
- частичное удаление мягкотканного и костного компонентов метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей



6. С целью оценки объема проведенного хирургического лечения рекомендовано провести

- КТ головного мозга [Обоснование](#)
- ЭЭГ
- церебральную ангиографию
- МР-трактографию



7. Для выбора режима лекарственной противоопухолевой терапии необходимо проведение

- морфологического исследования операционного материала [Обоснование](#)
- цитологического исследования опухоли
- молекулярно-генетического исследования опухоли (метилование гена MGMT)
- иммуногистохимического исследования с определением в опухоли уровня экспрессии РЭ и РП (рецепторов эстрогенов и прогестерона)

8. Пациентам с подтвержденным диагнозом гепатоцеллюлярного рака рекомендовано проведение таргетной терапии в режиме

- сорафениб 800 мг/сутки (по 400 мг × 2 раза/сутки) внутрь, длительно [Обоснование](#)
- трастузумаб 6 мг/кг внутривенно (нагрузочная доза 8 мг/кг) 1 раз в 3 недели или 2 мг/кг внутривенно (нагрузочная доза 4 мг/кг) еженедельно
- бевацизумаб 5–10 мг/кг внутривенно 1 раз каждые 2 недели
- сунитиниб 50 мг/сутки внутрь 1–4 недели, 2 недели перерыв



9. Оценка эффекта лекарственного противоопухолевого лечения проводится _____ месяца/ месяцев

- каждые 2–3 [Обоснование](#)
- один раз в 6
- один раз в 9
- один раз в 12



10. В качестве комплексного обследования рекомендовано проведение

- МРТ головного мозга с контрастным усилением, ЭГДС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ, 4-х фазная и/или динамическая МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением; анализ крови на АФП [Обоснование](#)
- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация окулиста
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, КТ

МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением; анализ крови на АФП [Обоснование](#)

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация окулиста
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, КТ головного мозга с контрастным усилением, колоноскопия
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога



11. Проведение реабилитационных мероприятий после противоопухолевого лечения

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



12. В группу риска развития ГЦР входят пациенты, страдающие

- циррозом печени любой этиологии, носители вируса гепатита В, С [Обоснование](#)
- хроническим билиарнозависимым и дисметаболическим панкреатитом
- хроническим калькулезным или некалькулезным холециститом
- эрозивным рефлюкс-эзофагитом, гиперпластическим гастритом

