

СЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

Жалобы

на умеренно выраженные головные боли, слабость в левых конечностях, судорожные приступы.

Анамнез заболевания

Со слов пациента 02.02.2019 г. появились жалобы на судорожные подергивания в левой руке и левой половине лица, в течение последующих 10-14 дней постепенно присоединились жалобы на слабость в левых конечностях. При обращении к неврологу в поликлинике по месту жительства рекомендовано и выполнено МРТ исследование головного мозга без и с контрастным усилением, выявлены множественные метастазы (самый крупный в правой лобной доле до 2,0х3,5 см, с выраженным перифокальным отеком). Пациент направлен на консультацию в онкологический центр.

Анамнез жизни

- хронические заболевания: хронический гастрит.
- курит на протяжении 20 лет (по 1 пачке в сутки), алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей нет
- аллергические реакции на медикаменты отрицает
- опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.
- перенесенные операции: в 2011г тупая травма живота ДТП: спленэктомия, резекция хвоста поджелудочной железы, нефрэктомия слева.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 98 кг, рост 184 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 не предъявляет.

Аускультативно: дыхание в легких с жестким оттенком слева.

Хрипов нет. ЧДД 15/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 130/80 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. Умеренно выраженные головные боли. 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: левосторонний гемипарез силой 3-3,5 балла. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции: гемиатаксия слева. Сухожильные и периостальные рефлексy повышены слева. Пароксизмальная симптоматика. Менингеальный симптомы отрицательные.

Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования (выберите 3)

коагулограмма

физикальное обследование: осмотр кожных покровов и видимых слизистых, пальпацию всех доступных групп лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, органов брюшной полости, пальцевое ректальное исследование, осмотр гинекологом (женщины), исследование наружных половых органов, пальпация яичек (мужчины).

Обоснование

инструментальная диагностика

Обоснование

общий анализ крови

лабораторная диагностика

Обоснование

биохимический анализ крови

Результаты обследования

Физикальное обследование

При физикальном осмотре патологии не выявлено.

Лабораторная диагностика

По результатам анализов крови на онкомаркеры PSA, альфа-фетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин (ХГЧ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), СА 19.9, NCE, S100, патологии не выявлено.

Инструментальная диагностика

При проведении комплексного УЗИ исследования, ЭГДС, колоноскопии и рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлены множественные метастазы в легких.

Больному под контролем КТ дважды выполнена трансторакальная пункция S2 верхней доли правого легкого. Без осложнений.

Цитологическое заключение: диагностический материал из опухоли не получен - элементы крови, бесструктурное вещество, немного дегенеративно измененных клеточных элементов, трактовка которых не представляется возможной.

Выберите необходимые для оценки
распространенности процесса дополнительные
инструментальные методы обследования

позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ
(ПЭТ-КТ)

Обоснование

МРТ опорно-двигательного аппарата с
контрастированием

МСКТ перфузия головного мозга

МРТ органов брюшной полости

Результаты дополнительных инструментальных методов обследования

Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ (ПЭТ-КТ)

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ) всего тела.

Радиофармпрепарат: [18F]-фтордезоксиглюкоза (18F-ФДГ).

Контрастный препарат внутривенный: Омнипак (GE Healthcare).

На серии КТ и реконструированных позитронно-эмиссионных томограмм (от основания черепа до середины бедра) определяются очаги повышенного накопления 18F-ФДГ: в участке уплотнения в нижней доле правого легкого паравертебрально (S10) до макс SUV 3,83; в верхней и средней доле правого легкого, в паравертебральных отделах нижней доли левого легкого до макс SUV 3,90.

Органы средостения без особенностей, увеличенные медиастинальные лимфоузлы не определяются.

В лимфатических узлах корня правого легкого до макс SUV 3,36 размерами до 0,7х0,5см.

Других очагов патологического накопления РФП не выявлено.

Заключение: на момент исследования данные о наличии активной опухолевой ткани в легких.

Выберите следующий этап диагностики

анализ крови на Cyfra 21-1

повторная трансторакальная пункция

бронхоскопия

нейрохирургическое вмешательство

Наиболее информативным морфологическим исследованием для определения тактики лечения пациента является

цитологическое исследование опухоли

иммуногистохимическое исследование

Обоснование

молекулярно-генетическое исследование опухоли

анализ крови на онкомаркеры

Следующим этапом проведения лечения пациента является

противосудорожная терапия

химиотерапия

Обоснование

лучевая терапия на область метастатических очагов в легких

симптоматическая терапия

С учетом анамнеза и проведенного комплексного обследования, а также результата иммуногистохимического исследования материала, локализацией первичного очага является рак

легкого

мочевого пузыря

предстательной железы

почечной лоханки, мочеточника

Локализацией первичного очага является

Рак почечной лоханки, мочеточника

Рекомендовано диспансерное наблюдение

один раз в 6 месяцев

с периодичностью в 3 - 6 месяцев.

Обоснование

после каждого курса химиотерапии

один раз в 2 месяца

Рекомендуемыми диагностическими исследованиями в качестве комплексного обследования при динамическом наблюдении являются

МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, КТ головного мозга с контрастным усилением, ЭГДС, колоноскопия

ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства

консультация невролога, окулиста (осмотр глазного дна), анализ крови на онкомаркеры, КТ исследование костей таза

анамнез и физикальное обследование, УЗИ органов брюшной полости и малого таза; рентгенография органов грудной клетки; КТ органов грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием

После проведения хирургического лечения (удаления церебрального метастаза) прием ранее назначенных глюкокортикостероидных препаратов следует

продолжить в течение 1-го года после проведенного оперативного лечения

продолжить в течение 3-х месяцев после проведенного оперативного лечения

продолжить с постепенным снижением суточной дозы препарата с последующей его отменой

Обоснование

отменить после проведенного оперативного лечения

Проведение лучевой терапии по поводу метастатического поражения головного мозга пациенту

показано

Обоснование

показано только при прогрессировании процесса в головном мозге

не показано

показано в случае удаления всех церебральных метастазов

По поводу метастатического поражения головного мозга пациенту показано

проведение стереотаксической радиотерапии

Обоснование

гормонотерапия

иммунотерапия

стереотаксическая радиохирургия

Для контроля тошноты и рвоты, возникающих на фоне химиотерапии, рекомендуется применение

S-аденозилметионина в дозе 800мг в сутки парентерально в течение 2 недель

антагонистов рецепторов ангиотензина 2

S-аденозилметионина с препаратами
урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20мг/кг
массы тела в 2–3 приёма

антагонистов 5-HT₃ рецепторов