

# Онкология - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Онкология | Записей: 1 | Кейс: 1 |  
Вопросов: 12

## Онкология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Онкология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Пациент 19 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

#### 1.2. Жалобы

На умеренно выраженные головные боли, общую слабость

#### 1.3. Анамнез заболевания

В 2016 году установлен диагноз: Остеосаркома левой бедренной кости. Проведено лечение (в онкологическом центре): хирургическое: (сегментарная резекция, остеосинтез). В предоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (с включением доксорубицина, ифосфамида), в послеоперационном – 5 курсов ПХТ (с включением доксорубицина, ифосфамида).

В мае 2018 года появились жалобы на головные боли. При КТ-исследовании головного мозга от 02.05.2018 года было обнаружено объемное образование теменно-затылочной области левого полушария головного мозга. Больной направлен в поликлинику онкологического центра.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* хронические заболевания: хронический гастрит
- \* вредные привычки: отрицает
- \* аллергические реакции на медикаменты отрицает
- \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен

#### 1.5. Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 70 кг, рост 187 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли и атрофии нет. Кости и суставы: St.localis: область послеоперационного рубца на левом бедре без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание с жестким оттенком с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 59/минуту, АД 121/80 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. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженных головных болей. 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. Гипестезия справа. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

1. УЗ-доплерография в импульсном режиме парных сосудов

**2. МРТ головного мозга с контрастным усилением**

3. перфузионная МСКТ головного мозга

4. ЭЭГ (электроэнцефалограмма)

#### Правильный ответ: МРТ головного мозга с контрастным усилением

Для постановки диагноза злокачественного новообразования головного мозга рекомендовано проведение МРТ головного мозга в трёх проекциях в стандартных режимах (T1, T2, FLAIR, T1 + контраст).

Клинические рекомендации Ассоциации нейрохирургов России, Ассоциации онкологов России и Российского общества клинической онкологии: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г), раздел 2.4. Инструментальная диагностика.

Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г)

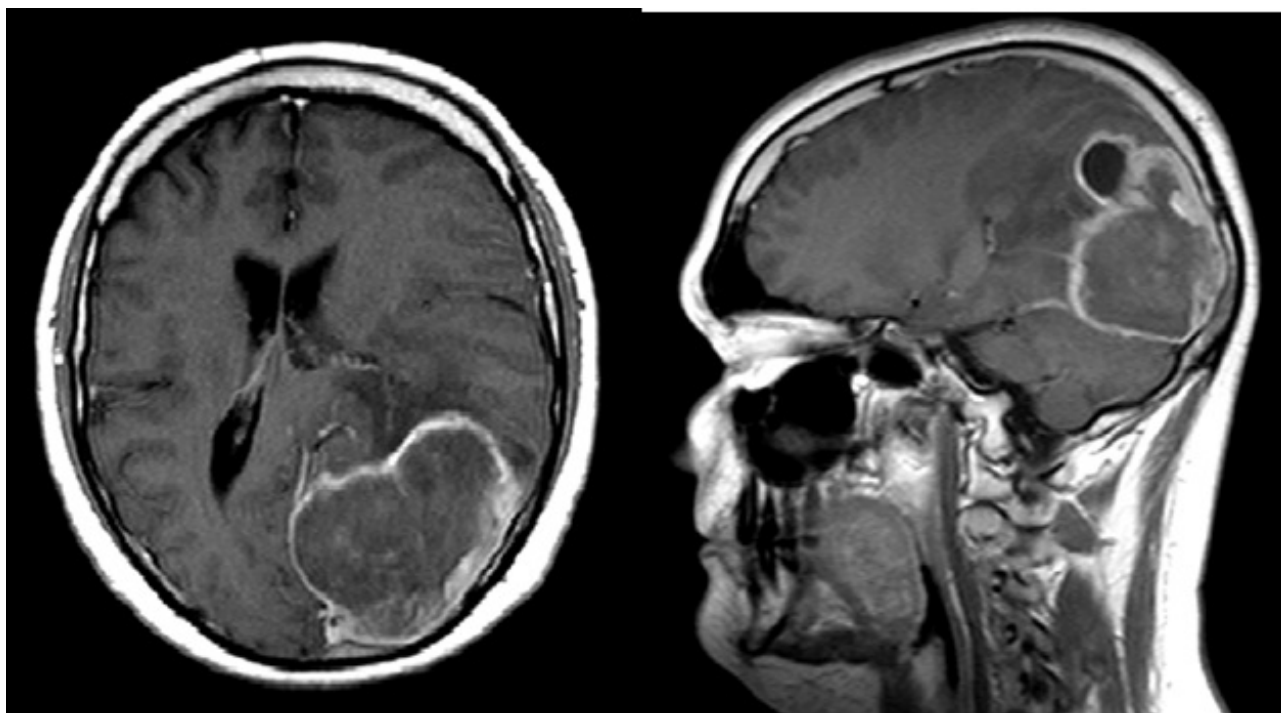
(1)

## 3. Результаты инструментального метода обследования

### 3.1. МРТ головного мозга с контрастным усилением

В теменно-затылочной области левого полушария головного мозга определяется объемное образование 7.1x4.7x7.0 см., с четкими контурами, неоднородной структуры, с выраженным перифокальным отеком, интенсивно и неоднородно накапливающее контрастный препарат. Смещение срединных структур вправо до 11 мм. Миндалины мозжечка расположены на 2 мм выше линии Чемберлен.

**\*Заключение\*:** Опухоль левой теменно-затылочной области головного мозга.



Безымянный135489465.jpg

### 3.4. ЭЭГ (электроэнцефалограмма)

Выраженные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга с признаками дисфункции срединных структур, снижения порога судорожной готовности с межполушарной асимметрией в теменно-затылочной области за счет очаговой медленноволновой и эпилептиформной активности слева.

## 2. Вопрос

Необходимыми для оценки распространенности процесса и постановки диагноза методами исследования являются

1. УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства
2. сцинтиграфия костей скелета
3. КТ органов грудной клетки
4. МРТ органов брюшной полости
5. МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием
6. МРТ органов забрюшинного пространства

**Правильные ответы: УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства; сцинтиграфия костей скелета; КТ органов грудной клетки**

Рекомендуется ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфатических узлов для исключения метастазов и патологии.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 2 Диагностика.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 2 Диагностика.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

Для исключения отдаленного метастазирования рекомендуется выполнить рентгенографию грудной клетки в двух проекциях либо КТ органов грудной клетки.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 2 Диагностика.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

## 5. Результаты обследования

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

Печень не увеличена. Контуры ровные, очаговые изменения не определяются. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, четкие. Структура однородная, узловые образования не определяются. Селезенка не увеличена, эхогенность не изменена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Почки не увеличены, контуры четкие, ровные.

Патологические образования не визуализируются. Патологические образования в малом тазу и свободная жидкость в малом тазу не определяется.

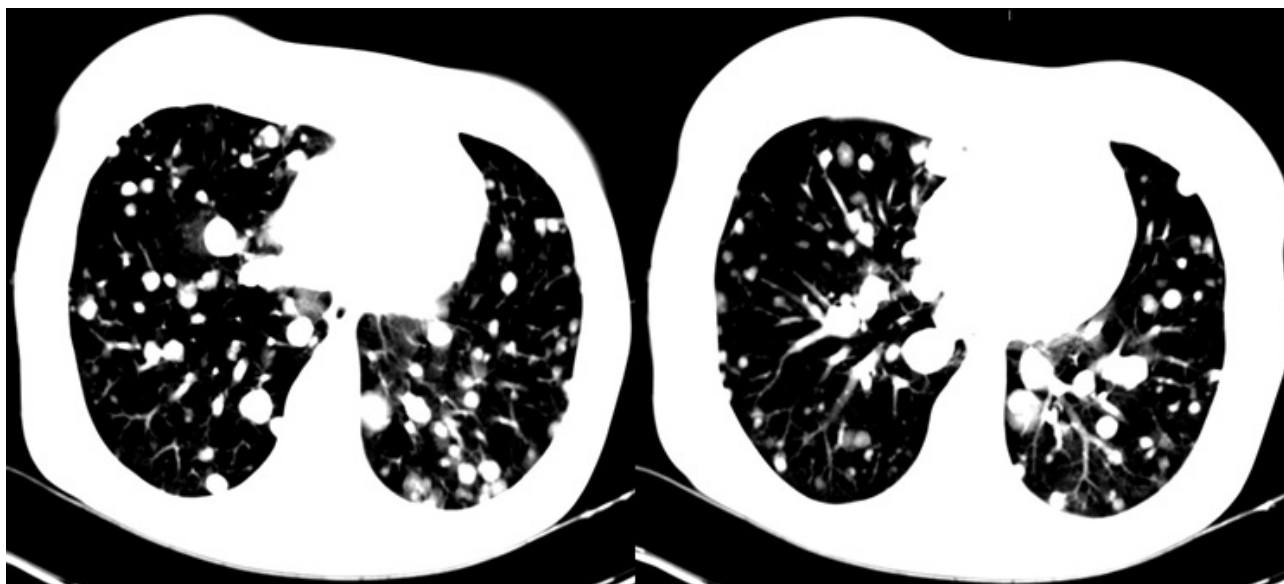
## 5.2. КТ органов грудной клетки

В легочной ткани обоих легких отмечаются очаговые тени: +

а) справа в S2 два очага, единичный очаг в S4, два очага в S8 и один очаг в S10; +

б) слева в S6, S8 и S9 два очага до 0.5 см., в S4 и S10 до 0.7 см. +

По костальной и медиастинальной плевре с обеих сторон визуализируются очаги уплотнения до 0.7 см. Трахея и бронхи проходимы. Жидкости в плевральных полостях нет.



okmnhytgvbhj.jpg

## 5.3. Сцинтиграфия костей скелета

Определяются участки повышенного накопления РФП в левой бедренной кости. Участок занимает большой и малый вертелы, межвертельную область и верхнюю треть диафиза. Изменения такого же рода имеются и в правой бедренной кости, распространяясь от латерального и медиального мыщелков и занимая верхнюю треть диафиза. Кроме того, визуализируется участок гиперфиксации, умеренной интенсивности, расположенный в проекции метастатического поражения головного мозга.

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

У данного больного на основании анамнеза заболевания и проведенного комплексного обследования можно предположить следующий диагноз

**1. Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастазы в легких, головном мозге, костях скелета**

2. Метастазы в головном мозге и легких без выявленного первичного очага

3. ПМЗО: 1) Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование в 2018 году: метастазы в легких, костях скелета. 2) Глиобластома левой теменно-затылочной области

4. ПМЗО: 1) Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Рак легкого с метастазами в головном мозге, легких, костях скелета

**Правильный ответ: Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастазы в легких, головном мозге, костях скелета**

Критерии диагноза:

- \* Анамнез заболевания: в 2016 году проходил лечение по поводу остеосаркомы левой бедренной кости. В 2018 году выявлены метастазы в головном мозге, легких, костях скелета.
- \* Данные комплексного обследования: 1)МРТ головного мозга с контрастным усилением: в левой теменно-затылочной области определяется крупный опухолевый узел неправильной формы, с четкими контурами, неоднородной структуры, с выраженным перифокальным отеком, интенсивно и неоднородно накапливающий контрастный препарат, размерами .
- \* 2)КТ органов грудной клетки: в легких определяются множественные метастазы.
- \* 3) Сцинтиграфия костей скелета: метастазы в костях скелета.
- \* Неврологический дефицит: общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженных головных болей.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 2 Диагностика.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

Практические рекомендации по лекарственному лечению первичных опухолей центральной нервной системы (2018), раздел Диагностика 2.1.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, 2020г.

(1)

## 7. Диагноз

Остеосаркома левой бедренной кости. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастазы в легких, головном мозге, костях скелета

## 4. Вопрос

Выбором тактики лечения на первом этапе будет

1. облучение всего головного мозга
2. стереотаксическая радиохирургия на область опухоли теменно-затылочной области слева

### 3. хирургическое лечение

4. стереотаксическая биопсия опухоли теменно-затылочной области слева

**Правильный ответ: хирургическое лечение**

Проведение хирургического лечения рекомендуется при наличии метастатического очага любых размеров, вызывающего прогрессирующую неврологическую симптоматику, включая клиническую картину внутричерепной гипертензии, дислокации срединных структур мозга, обширного перифокального отека, а также при наличии угрозы блокирования ликворных путей. Проведение хирургического лечения рекомендуется для установления/уточнения морфологического диагноза.

Клинические рекомендации Ассоциации нейрохирургов России, Ассоциации онкологов России и Российского общества клинической онкологии: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г), раздел 3.1. Хирургическое лечение.

Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г)

(1)

## 3. Лечение

## 5. Вопрос

Выбор тактики хирургического лечения пациента определяется на основании

1. заключения ЭЭГ
2. данных комплексного обследования
- 3. офтальмологического осмотра пациента**
4. заключения КТ перфузии головного мозга

### Правильный ответ: офтальмологического осмотра пациента

Офтальмологический осмотр необходим для уточнения наличия или отсутствия застойных явлений на глазном дне, с целью оценки степени внутричерепной гипертензии.

Клинические рекомендации Ассоциации нейрохирургов России, Ассоциации онкологов России и Российского общества клинической онкологии: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г), раздел 2 Диагностика.

Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России: Метастатическое поражение головного мозга (2018 г)

(1)

## 6. Вопрос

На 2-м этапе лечения пациенту показано проведение

1. иммунотерапии
2. облучения всего головного мозга
3. стереотаксической радиохирургии на область церебрального метастаза

### 4. лучевой терапии

### Правильный ответ: лучевой терапии

При одиночном/солитарном очаге максимальным размером  $>2,5$  см показано хирургическое лечение с последующим локальным облучением ложа удаленной опухоли.

Практические рекомендации по лекарственному метастатическим опухолям центральной нервной системы (2018), раздел Лечение 4.1.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, 2020г.

(1)

## 7. Вопрос

На 3-м этапе лечения пациенту показано проведение

1. иммунотерапии
2. гормонотерапии
- 3. химиотерапии**
4. таргетной терапии

### Правильный ответ: химиотерапии

При лечении метастатических форм используется комбинированная ХТ в сочетании с возможным оперативным лечением. Выбор ХТ II линии зависит от первичного лечения. Чаще всего используются высокие дозы метотрексата, ифосфамид. Использование этопозиды не оправдано, так как его эффективность в лечении остеосарком не доказана. При появлении метастазов более, чем через 6 мес. после комплексного лечения возможно повторение ранее использованного режима ХТ. При более раннем прогрессировании следует

применять другие комбинации цитостатиков.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 3.2. Химиотерапия.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

## 8. Вопрос

Схемой выбора химиотерапии является

1. этопозид 100 мг / м<sup>2</sup> в / в в 1-й, 2-й, 3-й дни {plus} Карбоплатин AUC5 в / в в 1-й день, каждые 3 недели, до 6 курсов
2. паклитксел-175 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в 1-й день {plus} Карбоплатин по AUC=5 (500 мг) внутривенно в 1-й день. Курсы ПХТ 1 раз в 3 недели
- 3. схема AP: Доксорубицин 90 мг / м<sup>2</sup> в / в {plus} Цисплатин 120 мг / м<sup>2</sup> в / в или в / а инфузия в 1-й день, каждые 4 недели.**  
**Схема HD I: Ифосфамид 2000 мг / м<sup>2</sup> в / в в 1-7-й дни**
4. топотекан 4 мг / м<sup>2</sup> в / в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов

**Правильный ответ: схема AP: Доксорубицин 90 мг / м<sup>2</sup> в / в {plus} Цисплатин 120 мг / м<sup>2</sup> в / в или в / а инфузия в 1-й день, каждые 4 недели.**  
**Схема HD I: Ифосфамид 2000 мг / м<sup>2</sup> в / в в 1-7-й дни**

Наиболее часто используются доксорубицин, ифосфамид, дакарбазин. Стандартом химиотерапии диссеминированных сарком мягких тканей первой линии является комбинированный режим доксорубицин + ифосфамид. Для пациентов старше 65 лет методом выбора является монотерапия антрациклинами. При общем хорошем состоянии комбинированная химиотерапия предпочтительнее, когда ожидается выраженный эффект со стороны опухоли.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 3.2. Химиотерапия.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

## 9. Вопрос

Больные остеосаркомой, закончившие этап комбинированного лечения, должны наблюдаться с периодичностью 1 раз в

1. 8 месяцев в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 10 месяцев до общей продолжительности 3 лет
2. 5 месяцев в течение первых 3 лет, далее — 1 раз в 9 месяцев до общей продолжительности 5 лет
3. 10 месяцев в течение первых 5 лет, далее — 1 раз в год до общей продолжительности 7 лет
- 4. 3 месяца в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет**

**Правильный ответ: 3 месяца в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет**

Эффективность терапии оценивается каждые 2-3 мес. от начала лечения или раньше в случае появления клинических признаков прогрессирования заболевания.



Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.), раздел 4 Наблюдение.

Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) (2018 г.)

(1)

## 10. Вопрос

Рекомендуемым алгоритмом лечебно-диагностических мероприятий при метастатических опухолях ЦНС является проведение

1. КТ головного мозга с контрастным усилением, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов брюшной полости, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация невролога
2. МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога
3. КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, перфузионная МСКТ головного мозга, колоноскопия

### 4. МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием каждые 3 месяца

**Правильный ответ: МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием каждые 3 месяца**

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, профилактика ортопедических осложнений.

Практические рекомендации по лекарственному лечению первичных опухолей центральной нервной системы (2020), раздел 5. Профилактика и диспансерное наблюдение

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, 2020г.

(1)

## 4. Вариатив

## 11. Вопрос

Применение остеомодифицирующих агентов с целью купирования болевого синдрома должно начинаться как можно раньше и может сочетаться с одновременным использованием

### 1. НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС

2. глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
3. блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазинов (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)
4. эритропоэзстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов

**Правильный ответ: НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС**

Применение ОМА с целью купирования болевого синдрома должно начинаться как можно раньше и может сочетаться с одновременным использованием ЛТ, НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС.

Рекомендации по поддерживающей и сопроводительной терапии RUSSCO. Профилактика и лечение патологии костной ткани остеомодифицирующими агентами (2018 г.), раздел 3.3. Общие принципы применения остеомодифицирующих агентов.



(1)

## 12. Вопрос

В процессе лечения золедроновой кислотой требуется контроль

1. общего анализа крови с определением концентрации гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов и ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов
2. анализа мочи (общий анализ с микроскопией мочевого осадка и определение уровня суточной альбуминурии) и / или инструментальных исследований почек
3. гематологических показателей, АД и функции щитовидной железы (ТТГ, ТЗ, Т4)

### 4. биохимических показателей (кальция, фосфатов, магния)

**Правильный ответ: биохимических показателей (кальция, фосфатов, магния)**

В процессе лечения золедроновой кислотой требуется контроль биохимических показателей (кальция, фосфатов, магния) с целью коррекции дозы препарата у пациентов с незначительными или умеренными снижениями указанных показателей в крови.

Рекомендации по поддерживающей и сопроводительной терапии RUSSCO. Профилактика и лечение патологии костной ткани остеомодифицирующими агентами (2018 г.), раздел 3.1.2.4. Золедроновая кислота.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОМОДИФИЦИРУЮЩИХ АГЕНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ, 2018

(1)