

Консультативное медицинское заключение от

****.**.****.**

Г-жа *****

Дата рождения: **..******

Номер паспорта: ** ** *****

Г-жа ***** ** лет, проживает в ***** (город *****).

Медицинская история и хронические болезни:

ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия 2 ф. кл., ГБ II ст., кокартроз, ЦВБ, ДЭП II ст., ЖКБ.

Перенесла в 1973г. операцию по трепанации черепа в результате гнойного отита среднего уха; 1978г.- удаление узлов щитовидной железы; 2001г.- холицистэктомия.

В семье – мать умерла от рака щитовидной железы и дед умер от первичного рака желудка.

Известно, что является курильщиком тяжёлой степени зависимости (35 пачек-лет).

Исключает чрезмерное употребление алкоголя или употребление наркотиков.

В 2009 году прошла исследование – гастроскопию, вероятно как следствие онкоистории в семье (рак желудка у деда). Были взяты биопсии, которые явились доброкачественными, и была исключена злокачественная опухоль.

3.8.2011 пациентка впервые обратилась к врачу в результате болей в области левого подреберья и обследование, включающее кардиологический аспект, исключило острое сердечный инцидент.

Гастроскопия, которая было проведена на следующий день (4.8.11.), выявила в нижней трети тела желудка бугристый инфильтрат, занимающий всю заднюю стенку, с зоной некроза и контактной кровоточивостью. Были взяты биопсии, которые обнаружили злокачественный первичный рак желудка из вида железисто-солидного, с некрозом.

Обследование по степени распространённости заболевания включало в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости и МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства.

По результатам ультразвуковое исследование органов брюшной полости было обнаружено единичный гипоэхогенный участок в печени (метастаз?) и неравномерно утолщенные стенки желудка.

МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства(8.8.2011) обнаружило образование в отделах сегмента S 6 печени размерами до 1,7 см.(природа возникновения?), неоднородные стенки желудка с

перигастральной инфильтрацией. Определены также несколько увеличенных лимфатических узлов в районе желудка с максимальным диаметром до 1.6 см., подозрение на инфильтрацию оментума. Пациентка была госпитализирована 10.8.2011 в онкодиспансере г. ****, в хирургическом отделении. Вследствие желтухи, которая привела к параметрам билирубина в крови до 120 $\mu\text{mol/l}$, прошла 18.8.2011 операцию по формированию обходного гастроэнтероанастомоза, которая снизила параметры билирубина до 17.7 $\mu\text{mol/l}$. При ревизии брюшной полости выявлена опухоль желудка, размером 8*8*6 см., прорастающая в головку поджелудочной железы с широким метастатическим распространением по париетальной и висцеральной брюшине и широким вовлечением в метастатический процесс лимфатических узлов. Были взяты биопсии из перитонеального процесса и с капсулы печени, но ещё не готово заключение института патологии.

Анализ и дебаты:

Речь идёт о женщине ** лет, прошедшей около двух лет назад гастроскопию (2009), которая была в норме.

В последнее время обратилась по поводу болей в районе левого верхнего подреберья и комплексное обследование, включающее амбулаторное обследование и операцию по ревизии брюшной полости (в том числе и формированию обходного гастроэнтероанастомоза, который также явился и средством для лечения желтухи) обнаружило в полости живота распространённый рак желудка с подозрением на метастатическое распространение болезни в печень.

Согласно информации, полученной из операции, данный этап болезни – это метастатическая стадия, на которой цель лечения является паллиативной, т.е. :

1. Увеличение продолжительности жизни пациентки.
2. Сохранение и/или достижение улучшения качества жизни.

Исходя из вышесказанного, лечебным подходом у данной пациентки является медикаментозно-химиотерапевтическое лечение.

Рекомендации и план лечения:

1. Получение результатов взятых при проведении операции биопсий.
2. Существует необходимость проверки рецепторов HER 2 в препарате ткани опухоли, т.к. данный результат имеет влияние на медикаментозное лечение, которое можно предложить г-же *****.
3. В случае доступности проведения позитронно-эмиссионной томографии рекомендуется проведение таковой, т.к. данное обследование будет использовано как показатель реакции на лечение. В случае, если данное обследование не является доступным, рекомендуется проведение КТ для использования как показатель реакции на лечение.

Также, параллельно, рекомендуется взятие анализа крови на онкомаркеры CEA , CA-19.9, которые также будут использованы как показатель реакции на лечение.

Рекомендуемые медикаментозно-терапевтические опции:

В случае, если результат рецепторов HER 2 в препарате ткани опухоли будет отрицательный, рекомендуется проведение лечения в сочетании:

I.V. Epirubicin 50 mg/m², раз в 21 день

I.V. Oxaliplatin 130 mg/ m², раз в 21 день

P.O. Tab. Capecitabine 625 mg/m², два раза в день, ежедневно, в течении 21 дня.

Необходимо проведение эхографии сердца для определения LVEF перед дачей Epirubicin.

В случае, если результат рецепторов HER 2 в препарате ткани опухоли явится положительным, рекомендуется проведение лечения в сочетании:

I.V. Cisplatin 80 mg/m², раз в 21 день

P.O. Tab. Capecitabine 1000 mg/m², два раза в день, ежедневно в течении 14 дней.

I.V. Herceptin 8 mg/kg в первый день первого 7 дневного цикла, и в последующем 6 mg/kg еженедельно.

Данные лечения даются на 2-3 курса (каждый по 21 день) и в последствии проводится обследование для определения реакции на лечение, включающее проведения позитронно-эмиссионной томографии и указанных онкомаркеров крови.

Данное консультативное заключение составлено на основании документов, предоставленных пациенткой и\или членами её семьи.