



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28206 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 10/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200709366

(22) 17.08.2007

(24) 26.11.2007

(72) ЄВТУШЕНКО ОЛЕГ ІВАНОВИЧ, UA, САГА
ДАНУТА ЛЮЦІАНІВНА, UA, М'ЯСОЄДОВ ДМИТРО
ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, КУХАР ІГОР
ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА, UA
(56)

(57) Спосіб визначення розповсюдженості злоякісних пухлин товстої кишки, який включає проведення клінічних, рентгенологічних та ендоскопічних досліджень, який **відрізняється** тим, що додатково визначають показники феритину в гепаринізованій крові методом радіоімунного аналізу до операції і при рівнях $112 \pm 20,4$ мкг/л має місце II стадія ($T_{2-3}N_0M_0$), при $118 \pm 24,7$ мкг/л - III стадія ($T_{3-4}N_1M_0$) захворювання, а при $181 \pm 48,4$ мкг/л і більше - у хворого IV стадія ($T_{3-4}N_{0-1}M_1$) захворювання.

Корисна модель відноситься до області медицини, до її розділу - онкології.

Актуальність визначення розповсюдженості пухлинного процесу зумовлена необхідністю, до операції, на етапі планування об'єму лікувальних заходів, отримати об'єктивні дані, що дозволять уникнути непотрібного лікування і розробити оптимальний лікувальний алгоритм. Як свідчить клінічний досвід, відсутність повної інформації про ступінь розповсюдженості ракового процесу призводить до непотрібного застосування тих чи інших лікувальних заходів, які не в змозі дати позитивний ефект і в той же час несуть в собі великий ризик виникнення ускладнень, негативну дію на органи і системи організму хворих, а також високу вартість [1]. Тому створення способів визначення розповсюдженості злоякісного процесу на початковому етапі лікування є необхідним заходом, оскільки сприяє його оптимізації, уникненню негативного впливу на організм хворих неадекватних методів, здешевленню та скороченню його повного курсу у хворих зі злоякісними пухлинами товстої кишки.

З метою визначення розповсюдженості пухлинного процесу товстої кишки застосовують комплекс діагностичних засобів, який включає пальпацію, рентгенологічне, ендоскопічне, ультразвукове та радіоізотопне дослідження [1, 2].

Відомий спосіб визначення розповсюдженості злоякісних пухлин товстої кишки шляхом поєднання пальпаторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового методів

дослідження [1, 2]. Спосіб виконується наступним чином: при поступленні хворим на рак товстої кишки виконують пальпаторне дослідження органів черевної порожнини, під час якого, інколи, вдається пропальпувати пухлину при її значних розмірах, а також зрідка можна визначити метастатичне ураження печінки. При рентгенологічному дослідженні з введенням контрастної речовини є можливість виявити пухлину і визначити її локалізацію та протяжність. За допомогою ендоскопічного методу візуально ідентифікують раковий процес та виконують біопсію для морфологічної верифікації новоутворення. Під час ультразвукового дослідження вдається виявити метастатичне ураження печінки.

Недоліком даного способу є те, що він передбачає почергове застосування згаданих методик, кожна з яких має недостатньо високу діагностичну цінність. При застосуванні пальпації, пухлини невеликих розмірів, а також у хворих з вираженою підшкірною клітковиною виявити патологічний процес не можливо. Рентгенологічне дослідження товстої кишки передбачає значне променеве навантаження на хворого, крім того протипоказане хворим з частковою кишковою непрохідністю і не завжди буває інформативним. Під час ендоскопічного дослідження можливі ускладнення пов'язані з наявністю додаткових петель, доліхоколон, вираженим спайковим процесом в черевній порожнині, які змушують

(19) UA (11) 28206 (13) U

припинити дослідження до візуальної ідентифікації пухлини.

Застосування цих методик дає можливість встановити діагноз, однак розповсюдженість ракового процесу, часто, визначають під час оперативного втручання, яке із-за місцевого розповсюдження пухлини і наявності віддалених метастазів стає не можливим і не доцільним.

Задачею корисної моделі є підвищення ефективності передопераційного визначення розповсюдженості раку товстої кишки.

Задача досягається шляхом визначення до операції показників тканинного поліпептидного антигену методом радіоімунного аналізу [3].

Спосіб виконують наступним чином: у хворих в доопераційному періоді, паралельно з іншими методами дослідження проводять взяття крові з вени. Після чого виділяють з неї сироватку і в ній, методом радіоімунного аналізу, визначають вміст феритину. У хворих на рак ободової кишки має місце у 65% його підвищений рівень у порівнянні з показником норми ($61,4,0 \pm 5,3 \text{ мкг/л}$). При рівнях, що складають $112 \pm 20,4 \text{ мкг/л}$ має місце II стадія ($T_{2-3}N_0M_0$), при $118 \pm 24,7 \text{ мкг/л}$ - III стадія ($T_{3-4}N_1M_0$) захворювання, а при $181 \pm 48,4 \text{ мкг/л}$ і більше у хворого IV стадія ($T_{3-4}N_{0-1}M_1$) захворювання.

Прикладом конкретного виконання є: Історія хвороби №5397 хворої П-ко, 69 років, яка обстежувалася у відділенні ядерної медицини Інституту онкології АМН України 01.11.06р. Скарги на больові відчуття в черевній порожнині, здуття живота, періодичні закрепи, загальну слабкість. В анамнезі гіпертонічна хвороба. Хворою себе вважає на протязі 3 місяців, коли вперше звернула увагу на больові відчуття в лівому гіпогастрії. Звернулася за медичною допомогою по місцю проживання 1 місяць тому назад. Під час рентгенологічного та ендоскопічного дослідження виявлено пухлину в дистальній третині сигмоподібної кишки. При патогістологічному дослідженні - аденокарцинома. Рівень тканинного поліпептидного антигену при поступленні - 256 мкг/л . Хворій проведено хірургічне лікування. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлені множинні метастатичні відсіви по парієтальній і вісцеральній очеревині, а також незначна кількість асцитичної рідини. Пухлина в дистальній третині кишки, інфільтративного типу росту, проростає в заочеревинний простір, розмірами $6 \times 8 \text{ см}$. Враховуючи повністю збережену прохідність товстої кишки, виконано пробну лапаротомію. Патогістологічне заключення - низькодиференційована аденокарцинома. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився гіпертонічним кризом. На 18 добу хвора виписана із стаціонару.

Аналіз даного випадку свідчить про недоцільність оперативного втручання, після якого в післяопераційному періоді виникло доволі грізне ускладнення. Однак необхідні для цього висновку дані були отримані не на етапі планування лікування, а під час операції. Якби був прийнятий у розрахунок результат радіоімунологічного дослідження феритину, який склав 256 мкг/л , то хірургічного втручання та заходів пов'язаних з

можна було б уникнути, не створюючи загрози життю хворої.

Клінічна та радіоімунологічна апробація даного методу проведена на базі кафедри онкології КМАПО ім. П.Л. Шупика у відділення ядерної медицини Інституту онкології АМН України у 72 хворих на рак товстої кишки, з них - 12 хворих з розповсюдженими і занедбаними формами захворювання, котрі отримали хірургічне лікування.

Спосіб може бути застосований у всіх спеціалізованих онкологічних закладах, як високоефективний тест на визначення розповсюдженості ракового процесу товстої кишки в поєднанні з іншими методами, що застосовуються у даного контингенту хворих.

Список літератури:

1. Блохин Н.Н., Алиев Б.М., Аюбян Ю.М. и др. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки //М.: Медицина, 1981. -С.254.
2. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. - М.: Ирбис, 1997. -254с.
3. Чеботарева Э.Д., Шишкина В.В., Славнов В.Н. Радиоиммунологический анализ в онкологии. - К.: Здоровье, 1984. -144с.