



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58745 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 8/00
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

1

(21) u201011329

(22) 23.09.2010

(24) 26.04.2011

(46) 26.04.2011, Бюл.№ 8, 2011 р.

(72) ВІННИК ЮРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, БУР'ЯН ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, ГОРБЕНКО ВОЛОДИМИР МИКОЛАЙОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб діагностики місцевопоширеного раку щитоподібної залози, який здійснюють шляхом проведення ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії, який відрізняється тим, що за наявності клінічних даних, які свідчать про об-

2

межений рух пухлини щитоподібної залози, та даних УЗД і КТ про інвазію пухлини в навколишні структури шиї на першому етапі здійснюють тонко-голкову аспіраційну пункційну біопсію під контролем УЗД для вибору місця пункції, і при неінформативному результаті пункції, а також загрудинній локалізації пухлини за наявності лімфатичних вузлів другим етапом виконують біопсію лімфатичного вузла, при відсутності лімфаденопатії або неінформативного результату третім етапом здійснюють біопсію пухлини з подальшим гістологічним і гістохімічним дослідженням видаленої тканини.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а зокрема до ендокринної хірургії та онкології і може використовуватись для виявлення метастазів місцевопоширеного раку щитоподібної залози.

Відомий спосіб діагностики метастазів медулярного раку щитоподібної залози, який здійснюють шляхом визначення рівня кальцитоніну в крові [В.Ж. Бржезовский, В.В. Шенталь, В.Л. Любаев и др.. Современное состояние проблемы диагностики и лечения медулярного рака щитовидной железы // Современная онкология. - 2002. - Том 4, №3. - С. 23-26].

Так вміст кальцитоніну в сироватці крові був підвищеним у 45,7% прооперованих хворих без ознак рецидиву захворювання протягом 10 років.

Відомий спосіб діагностики новоутворень щитоподібної залози шляхом застосування тонко-гольової пункційної біопсії (ТГПБ), який полягає у тому, що під контролем сонографії проводять пункцію щитоподібної залози, з отриманого матеріалу роблять мазок, фіксують його, забарвлюють, після чого проводять мікроскопічне дослідження і за непрямими морфологічними ознаками клітин встановлюють діагноз [S.R. Kint Guides to Clinical Aspiration Biopsy. Thyroid., iGAKU-SHQI, NY - Tokyo. - 1987].

Як з'ясувалось, в багатьох випадках одних лише морфологічних критеріїв буває недостатньо

для встановлення діагнозу на матеріалі пункційних біопсій. На цитологічних препаратах можна бачити лише ізольовані клітини та їх комплекси, що виключає можливість спостереження морфологічних картин інвазивного росту в капсулі вузлів та судини.

Зважаючи на це, для визначення злоякісної природи новоутворень доводиться використовувати лише побічні морфологічні ознаки. Не існує якоїсь безперечної ознаки малігнізації фолікулярного епітелію. Кожна з них окремо так чи інакше може з'являтися у доброякісних новоутвореннях щитоподібної залози або при тиреоїдиті. Тому далеко не у всіх випадках можливе точне встановлення діагнозу, а цитологічний діагноз завжди розглядається як попередній.

Найближчим аналогом є спосіб діагностики місцевопоширеного раку щитоподібної залози, який здійснюють шляхом застосування інструментальних методів дослідження, а саме комп'ютерної томографії, ультразвукового дослідження [В.Ж. Бржезовский, В.В. Шенталь, В.Л. Любаев и др.. Современное состояние проблемы диагностики и лечения медулярного рака щитовидной железы // Современная онкология. - 2002. - Том 4, №3. - С. 23-26].

Ефективність УЗД для виявлення збільшених лімфатичних вузлів шийної локалізації сягає 90%, проте це не свідчить про наявність метастазів.

(13) U

(11) 58745

(19) UA

Інформативність комп'ютерної томографії для цієї мети є недостатньою.

Перераховані методи не завжди дозволяють точно виявити місцево-поширений рак щитоподібної залози.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу діагностики місцевопоширеного раку щитоподібної залози, в якому за рахунок комплексного дослідження, досягається визначення морфологічної структури пухлини щитоподібної залози і проводиться неoad'ювантна хіміо-променева терапія, що дозволяє провести радикальне хірургічне втручання в більш фізіологічних умовах.

Поставлена задача вирішується в способі діагностики місцево-поширеного раку щитоподібної залози, який здійснюють шляхом проведення ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії, згідно з корисною моделлю, за наявності клінічних даних, що свідчать про обмежений рух пухлини щитоподібної залози, та даних УЗД і КТ про інвазію пухлини в навколишні структури ший на першому етапі здійснюють тонкогловку аспіраційну пункційну біопсію під контролем УЗД для вибору місця пункції, при неінформативному результаті пункції, а також за грудній локалізації пухлини за наявності лімфатичних вузлів другим етапом виконують біопсію лімфатичного вузла, при відсутності лімфаденопатії або не інформативного результату, третім етапом здійснюють біопсію пухлини з подальшим гістологічним і гістохімічним дослідженням видаленої тканини.

Важливість даної методики пояснюється тим, що у хворих з раком щитоподібної залози необхідно вчасно виявити розвиток, локалізацію, розміри та розповсюдженість метастазів для своєчасного обрання найефективнішої схеми їх лікування, що в подальшому значно впливає на прогноз життя.

Спосіб, що заявляється, виконують таким чином.

Хворому проводять УЗД та КТ. При отриманні даних про наявність розповсюдження пухлини в навколишні структури ший призначають тонкогловку аспіраційну пункційну біопсію під контролем УЗД. Якщо результат виявляється неінформативним, здійснюють другий етап, який полягає у вико-

нанні біопсії лімфатичного вузла. Якщо і цей захід залишається малоінформативним виконують третій етап, під час якого здійснюють біопсію пухлини для гістологічного і гістохімічного дослідження видаленої тканини.

Приклад. Хвора А., 62 роки, історія хвороби №1824, поступила до стаціонару ХОКОД з приводу раку щитоподібної залози T4aN1vM0. За даними УЗД лімфатичні вузли ший метастатично змінені з двох боків. При дослідженні за допомогою магніто-резонансного томографа виявлено, що пухлинні метастатичні конгломерати охоплюють судинний пучок ший по обидва боки ший. Двократна ТАПБ виявилася неінформативною. Виконана біопсія лімфатичного вузла ший - гістологічний діагноз: № 28002-03 реактивний процес в лімфатичному вузлі ший. Але враховуючі клініку захворювання, данні УЗД і магніто-резонансного томографа, виконана інцизійна біопсія пухлини щитоподібної залози - гістологічний діагноз: № 28012-23: медулярний рак щитоподібної залози. Пацієнтка отримала 2 курси хіміо-променевого лікування з модифікуючим впливом доцетаксела. Доцетаксел вводили за 24 години до початку курсу опромінювання, внутрішньовенно краплинно в дозі 20 мг/м², в 100 мл фізіологічного розчину. Дистанційну γ-терапію проводили в об'ємі 40 Гр на область щитоподібної залози і лімфатичних вузлів ший. Токсичних виявів з боку організму пацієнта не відзначалося. Променева реакція носила слабо виражений характер. Операція: видалення щитоподібної залози з пухлиною і функціональна розширена лімфодисекція з двох боків пройшли в повному об'ємі і без субопераційних ускладнень і пошкоджень сусідніх органів і структур. Через 8 днів після операції пацієнтка переведена під спостереження хіміотерапевта і радіолога.

Таким чином, запропонований спосіб діагностики місцевопоширеного раку щитоподібної залози дозволяє вчасно виявити розвиток, локалізацію, розміри та розповсюдженість метастазів для своєчасного обрання найефективнішої схеми їх лікування, що в подальшому значно впливає на прогноз життя.