

# ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ТА ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ В ОЦІНЦІ ХІМІОПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

В.П. Баштан, Л.М. Васько, В.Ф. Почерняєва, Т.О. Жукова  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Рак прямої кишки залишається одним з найпоширеніших онкологічних захворювань, займаючи в структурі онкологічної захворюваності України 5-те місце. За даними Українського національного канцер-реєстру, у 29% пацієнтів, при первинному зверненні, діагностують занедбані випадки захворювання, що унеможлиблює використання хірургічних втручань на першому етапі лікування. Застосування неoad'ювантної, зокрема хіміопроменевої терапії дозволяє підвищити резектабельність пухлини за рахунок зменшення її розмірів і зв'язку з навколишніми органами, що полегшує подальше виконання оперативного лікування. Тому надзвичайно актуальним постає визначення ступеня поширеності пухлинного процесу та оцінка ефективності проведеного неoad'ювантного лікування.

Метою нашого дослідження стало вивчення можливості поєданого застосування спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) та трансректальної ультразвукової діагностики (ТРУЗД) в оцінці регресії пухлинного процесу у хворих на місцевопоширений рак прямої кишки (МППК) після неoad'ювантної хіміопроменевої терапії (НХПТ).

До уваги було взято 85 хворих на МППК, що знаходились на лікуванні у Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері, яким до початку лікування та після його закінчення в комплексі діагностичних заходів виконували СКТ та ТРУЗД. Це були чоловіки (56,5%) та жінки (43,5%) віком від 34 до 85 років, середній вік – 64,9. Щодо локалізацій РПК, то серед них переважну більшість складала хворі з ураженнями середньоампулярного - 53,6% та нижньоампулярного - 40,5 % відділів прямої кишки. Гістологічно – це були аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Спіральну комп'ютерну томографію проводили на апараті СТ/e Dual фірми GE (США) у звичайному режимі за стандартними методиками. Ультразвукове дослідження проводилось тільки хворим II групи на апараті Acuson фірми Simens з трансректального доступу із застосуванням відповідного датчика з частотою 5,0 МГц. Згідно з рекомендаціями, ТРУЗД виконувались тільки після пальцевого обстеження прямої кишки та ректороманоскопії.

На доопераційному етапі СКТ дозволила визначити локалізацію та поширеність раку прямої кишки по окружності та довжині кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів. Але цей метод дослідження

не дозволив візуалізувати проростання пухлини в окремі шари кишкової стінки, зокрема в м'язовий шар, що є визначним в диференціальній діагностиці локалізованого МПРПК. Встановлена діагностична інформативність методів досліджень в залежності від стадії РПК. Визначено, що точність, чутливість та специфічність СКТ при РПК Т<sub>3</sub> складає 84,2%, 86,3% та 66,7% відповідно, при Т<sub>4</sub> – 85,8%, 91,3% та 60,0% відповідно.

За даними ТРУЗД, проростання пухлинним процесом м'язового шару стінки ми визначали як поширеність Т<sub>3</sub>. Після проведеної НХПТ зменшення розмірів пухлини визначалось за рахунок появи в межах стінки кишки зон склерозування, що на ТРУЗД-зображеннях локувались як множинні ділянки підвищеної ехогенності неоднорідної структури. Ультразвуковою ознакою проростання пухлини в параректальну клітковину при Т<sub>4</sub> була наявність нечіткого її зовнішнього контуру. Після НХПТ зменшення проростання пухлинного процесу у параректальну клітковину діагностовано в 37,5% хворих. Встановлено, що застосування методу трансректальної ультразвукової діагностики для раку прямої кишки з поширеністю Т<sub>3</sub> є інформативним: точність, чутливість та специфічність відповідає 92,3%, 94,8% та 85,8%. При Т<sub>4</sub> ці показники склали 78,6%, 83,3%, та 50,0%, що пов'язано з інвазією пухлинним процесом всіх шарів кишкової стінки і значним проростанням за її межі, а також зі стенозуванням просвіту прямої кишки.

За даними СКТ, чутливість при поширеності Т<sub>4</sub> була значно вищою (91,3%), ніж за даними ТРУЗД. Однак, специфічність СКТ знаходиться на низькому рівні (66,7% при Т<sub>3</sub> та 60,0% при Т<sub>4</sub> відповідно), що обґрунтовує необхідність доповнення його методом ТРУЗД для більш точної діагностики та ефективності стадіювання МПРПК. До того ж, додаткове застосування ТРУЗД при МПРПК Т<sub>3</sub> стадії на статистично значимому рівні підвищує діагностичну інформативність у 1,4 рази.

Отже, досить актуальним постає питання необхідності обстеження хворих на МПРПК з одночасним застосуванням методів СКТ та ТРУЗД, що дозволить адекватно діагностувати променеві ознаки регресії пухлинного процесу, чітко візуалізувати шари стінки прямої кишки та глибину інвазії пухлини. Тому сумісне застосування цих методів до та після НХПТ дає можливість вірогідно об'єктивізувати відповідь пухлини на лікування з метою визначення розширення операбельності МПРПК та можливості виконання сфінктерозберігаючих операцій.