

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ И СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОНОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Р.Р. Абрамчик<sup>1</sup>, Е.А. Стаценко<sup>2</sup>, А.И. Кушнеров<sup>1</sup>, М.И. Ивановская<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, rost\_63@mail.ru

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт физической культуры и спорта, eugene101@tut.by

**Введение.** Одним из медико-социальных подходов к сохранению здоровья и профилактике заболеваемости населения состоит в развитии способов скрининговых и неинвазивных методов диагностики патологии, и их широкое внедрение в практику медицинских учреждений республики. Это позволяет обследовать большие группы населения, выявляя на ранних стадиях и предотвращая усугубление патологического процесса.

Для экономически развитых стран в течение ряда последних десятилетий характерна тенденция к неуклонному росту заболеваемости колоректальным раком: отчетливо выявляется увеличение заболеваемости при повышении социально-экономического уровня жизни. По данным медицинской статистики за последние годы сходная динамика прослеживается и в Республике Беларусь. Причем в структуре заболеваемости рак прямой кишки начинает уступать раку ободочной кишки, где основной вес приобретает рак сигмовидной кишки, менее распространен рак слепой и восходящей кишки [1-3].

Это указывает на актуальность поиска новых и оптимизации существующих методик диагностики опухолевых заболеваний данной локализации, которые были бы направлены на раннюю диагностику, обладали высокой чувствительностью и специфичностью, определяли тактику хирургического лечения.

На основании современных подходов диагностика рака толстой кишки основана на комплексном применении клинических, рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых методов исследования. В отличие от таких дорогостоящих методов, как магнитно-резонансная томография, компьютерная томография органов брюшной полости и таза, лапароскопия, цистоскопия которые могут применяться для оценки распространенности ранее диагностированного и верифицированного опухолевого процесса, вышеуказанные методы, и прежде всего ультразвуковая диагностика относятся к числу рутинных способов амбулаторного и стационарного обследования.

**Целью** исследования являлось сохранение здоровья пациентов с заболеваниями дистальных отделов толстого кишечника путем оптимизации существующих неинвазивных методов исследования указанной анатомической области.

Для достижения поставленной цели последовательно решались следующие задачи: 1. оценены существующие сонографические методы исследования дистальных отделов толстого кишечника и других органов малого таза, определены их недостатки, ограничивающие применение данных методов 2. на основании проведенного анализа недостатков исследования предложены собственные методики сонографического исследования пациентов.

**Материалы и методы.** Проводимая нами работа основывалась на существующих и новых, не описанных ранее в литературе методах сонографического исследования пациентов с патологией дистального отдела толстого кишечника. Субъектами исследования являлись пациенты соответствующих отделений Минского городского клинического онкологического диспансера.

В лечебно-диагностическом процессе пациентов с колоректальным раком используются разные методики ультразвукового исследования: трансабдоминальное и трансректальное, эндоскопическое УЗИ, интраоперационное УЗИ самого кишечника и печени с целью выявления метастазирования. В случае применения последней методики изображение может быть оптимизировано контрастированием.

*Трансректальное* ультразвуковое исследование является удобным, неинвазивным методом предоперационной оценки локализации и степени распространения онкологического процесса прямой кишки и параректальных тканей. Так, по данным Donies JM. с соавт., в ходе исследования диагностической значимости ТРУЗИ, выполняемого больным эндометриозом с целью исключения распространения патологического процесса на прямую кишку, эндоректальный УЗИ-диагноз был

подтвержден почти во всех случаях. Установлена чувствительности метода 97% и специфичность – 97% применительно к инфильтрации прямокишечной стенки. В определении глубины инфильтрации ректальной стенки ТРУЗИ имело чувствительность 76% по отношению к инфильтрации muscularis propria и 66% – к инфильтрации подслизистого слоя [4].

По данным Meyenberger С. с соавт., *эндоскопическая ультрасонография (ЭУЗИ)* является лучшим доступным методом для диагностики начальных стадий первичного рака прямой кишки и местных рецидивирующих заболеваний [8].

При анализе качества проведения *интраоперационного ультразвукового исследования (ИнтОпУЗИ)*, выполняемого с целью определения границ резецируемого участка толстого кишечника, основанном на сопоставлении данных с результатами предоперационных колоноскопических исследований, записями о ходе выполнения операции, отчетами гистопатологов, результатами последующего клинического наблюдения за пациентами, доказано, что у пациентов с малыми полипами и начальными стадиями рака толстой и прямой кишок, ИнтОпУЗИ может быть эффективно использовано в качестве единственного метода операционной локализации и предоставляет дополнительную информацию, которая может влиять на решение о выборе тактики хирургического лечения [6]. Интраоперационная ультрасонография кишечника может применяться как средство обнаружения патологического участка во время операции по поводу полипов толстого кишечника, которые не поддаются удалению эндоскопически. С этой целью во время операции толстый кишечник наполняется соляным раствором, а затем сканируется линейным ультразвуковым датчиком. ИнтОпУЗИ дает возможность хирургам легко локализовать малые непальпируемые полипы большого кишечника и оценить потенциальную агрессивность этих новообразований [5].

Из средств и методов, позволяющих оценивать функциональные возможности органа, в литературе упоминается УЗИ с использованием гибких эхоэндоскопов, которое позволяет исследовать структуру внутреннего и наружного анальных сфинктеров. Так, по данным Meyenberger С. с соавт., применение эндосонографии, даже с использованием гибких эхоэндоскопов (эхоколоноскопов или эхогастроскопов), является «точным методом выбора для определения локализации, протяженности дефектов анальных сфинктеров» [7].

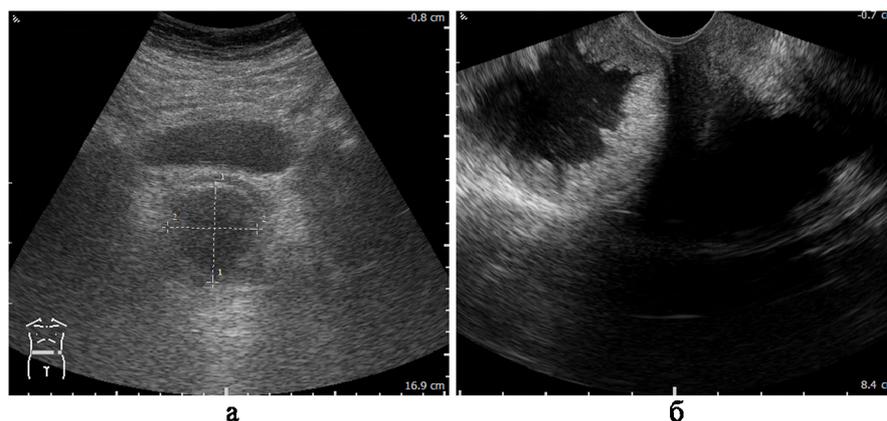
Таким образом, большое разнообразие методик ультразвукового исследования пациентов с опухолевой патологией дистальных отделов толстого кишечника, и вместе с тем их постоянное совершенствование, высокая информативность и доступность, делают УЗИ одним из наиболее перспективных методов диагностики указанных заболеваний и сопровождения лечебно-реабилитационного процесса.

Главное ограничение для использования во всех необходимых случаях трансректального ультразвукового исследования состоит в невозможности проведения исследований при выраженном стенозировании. Сотрудниками кафедры ультразвуковой диагностики БелМАПО был предпринят принципиально новый подход к расширению возможностей сонографических методик в этом случае. Решение было найдено в замене трансректального доступа с применением ректального датчика на промежностный с использованием конвексного датчика с частотой 2,0-5,0 МГц или на трансвагинальный доступ с применением соответствующего датчика с частотой 5,0 МГц у женщин.

**Результаты и обсуждение.** Как показал первоначальный опыт применения предлагаемой нами методики, она обладает высокой информативностью и позволяет визуализировать опухоли прямой кишки, что наглядно представлено в сопоставлении с другими методами исследования в целом ряде приводимых ниже методов.

В качестве случая из практики может быть приведена выписка из истории болезни пациентки Ф., возраст 78 лет. За шесть лет до проводимого нами исследования ей был выставлен диагноз рака прямой кишки рТ1N0M0. Состояние после лечения 01.2002. При пальпаторном ректальном исследовании спустя 6 лет после проведенной операции определяется наличие опухоли, культя 5 см, на всей стенке плотно-эластичная ворсинчатая опухоль, высотой до 5 мм. По данным сигмоскопии, культя кишки короткая, округлой формы, слизистая культя тотально ворсинчатой структуры с переходом на анус. Выполнена биопсия. По заключению патоморфолога выставлен диагноз ворсинчатой опухоли культи прямой кишки (стенозирующий вариант). Эндоскопическое удаление невозможно. При ирригоскопии неравномерно выполнена культя прямой кишки, вероятно за счет опухоли на расстоянии до 15 см от сигмостомы. При введении контраста через стому неравномерно выполнены все отделы ободочной кишки с равномерными гаустрами, неизменным рельефом и отсутствием дополнительных теней на фоне воздуха). Заключение: Опухоль культи прямой кишки, состояние после наложения сигмостомы. Результаты сонографического исследования пациент-

ки трансабдоминальным, чреспромежностным и трансвагинальным доступами приведены на рисунках 1-2.



**Рисунок 1 – Сонографическое исследование больной колоректальным раком в послеоперационном периоде трансабдоминальным (а) и трансвагинальным (б) доступами**



**Рисунок 2 – Та же пациентка, чреспромежностный доступ: продольное (а) и поперечное (б) сканирование в режиме цветного доплеровского картирования.**

Как видно из представленных сонограмм, культя прямой кишки значительно утолщена. На 1,5 см ниже анального канала стенка культи бугристая, утолщена неравномерно до 18-19 мм. Размеры опухоли 37x35 мм. Наружный контур опухоли четкий с неровными краями. По ходу подвздошных сосудов лимфоузлы не увеличены. Таким образом, описанная УЗ-картина указывает на тотальное поражение культи прямой кишки опухолью с патологическим гиперваскуляризованным неокровотоком в нижней трети культи (по данным исследования в условиях цветного доплеровского картирования). В ходе целенаправленной биопсии и морфологической верификации получены элементы крови, группы клеток призматического эпителия в состоянии выраженной пролиферации. В пунктате на фоне гистологической картины папиллярной аденомы с выраженной дисплазией эпителия определяются очаги малигнизации.

**Вывод.** Ультразвуковое исследование прямой кишки предлагаемыми нами чреспромежностным и трансвагинальным доступами обладает высокой информативностью и позволяет визуализировать опухоли прямой кишки с точным определением места их анатомической локализации, вовлечением других органов малого таза в злокачественный процесс. Применение данных методик проведения исследования может быть рекомендовано для внедрения в практику обследования больных опухолями прямой кишки, особенно в случае выраженного стенозирования, а также в послеоперационном периоде с целью контроля эффективности проводимого лечения и исключения рецидивирования.

#### **Литература:**

1. Биссет, Р. А. Л. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании / Р. А. Л. Биссет, А. Н. Хан: пер. с англ. – М.: Мед. лит., 2007. – 456 с.
2. Иоскевич, Н. Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н. Н. Иоскевич; под ред. П.В. Гарелика. – Мн.: Выш. шк., 2001. – 685 с.

3. Клиническая онкология: Справ. пособие / Под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, 2003. – 784 с.
4. Doniec, JM. Rectal endometriosis: high sensitivity and specificity of endorectal ultrasound with an impact for the operative management/ JM. Doniec [and others] // Dis. Colon Rectum.– 2003. – Vol. 46(12). – P. 1667-1673
5. Greif, F. Intraoperative ultrasonography: a tool for localizing small colonic polyps / F. Greif [and others] // Int. Colorectal Dis. – 2005. – Vol. 20(6). – P.502-506
6. Greif, F. Intraoperative ultrasound in colorectal surgery / F. Greif [and others] // J. Clin. Ultrasound. – 2009. – May. – P. 28
7. Meyenberger, C. Anal sphincter defects in fecal incontinence: correlation between endosonography and surgery / C. Meyenberger // Endoscopy. – 1996. – Vol. 28(2). – P. 217-224
8. Meyenberger, C. Endoscopic ultrasound and endorectal magnetic resonance imaging: a prospective, comparative study for preoperative staging and follow-up of rectal cancer / C. Meyenberger. [and others] // Endoscopy. – 1995. – Vol. 27(7). – P. 469-479