

АДЕНОКАРЦИНОМА ТОНКОЇ КИШКИ

Кіницька А.Я., лікар-рентгенолог,
Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, Україна

Історія хвороби та результати обстеження

Хвора А. 27 років. Поступила зі скаргами на запаморочення, головокружіння, виражену загальну слабкість, нудоту, періодичну блювоту, болі в животі.

Об'єктивно: астенічна тілобудова, живіт звичайної форми, при пальпації болючий в зоні мезогастрію.

Лабораторні дослідження. Загальний аналіз крові: Нb-68 г/л, еритроцити — 2,6 т/л, КП — 0,79, лейкоцити — 18,6 г/л, ШОЕ — 22 мм/год. Інші показники без суттєвих відхилень.

Гінеколог: Гострий апендицит? На момент огляду гострої гінекологічної патології не має.

Інструментальні методи дослідження. УЗО ОЧП: Печінка нормальних розмірів, структура однорідна. Жовчний міхур продовгуватої форми, конкременти не візуалізовано. Холедох — не розширений. Підшлункова залоза дещо ущільнена, не збільшена. Нирки не збільшені, ЧМС не розширені, конкрементів не має. Селезінка не змінена. В шлунку натще рідинний вміст. Рекомендовано — ЕФГДС.

УЗД ОММ: Полікістозна трансформація яєчників.

ЕФГДС: Поверхневий гастродуоденіт, стадія загострення.

Враховуючи дані попередніх обстежень, лікуючим хірургом було запідозрено наявність об'ємного процесу в черевній порожнині, а саме — попереочноободової кишці. Для чого було призначено іригоскопію.

Іригоскопія поліпозиційна з первинним подвійним контрастуванням.

Ретроградно контрастовано всі відділи товстої кишки, які подовжені на всьому протязі. Сигмоподібна кишка утворює невелику додаткову петлю. Гаустрації всіх відділів збережені. Попереочноободова кишка зміщена донизу. Купол сліпої кишки чіткий. Даних про об'ємний процес товстої кишки на момент обстеження не виявлено.

Висновок: Доліхоколон. Трансверзоптоз.

Враховуючи нез'ясованість діагнозу, було виконано рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту з наступним відстеженням пасажу контрасту.

Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту.

Стравохід прохідний для контрасту. Шлунок видовженої форми, зміщений до нижнього поверху черевної порожнини. Натще вміщує велику кількість рідини та слиз. Перистальтика середніми хвилями, евакуація своєчасна. Ознаки запальних змін рельєфу слизової шлунка та 12-палої кишки.

Низхідна та проксимальна частини нижньогоризонтального відділу 12-палої кишки помірно розширені, спостерігаються маятникоподібні рухи контрасту, нечітка зона компресії верхньою брижовою артерією. Дистальний відділ нижньогоризонтальної частини 12-палої кишки має ознаки хаотичної (атипової) перебудови рельєфу слизової. В ділянці 12-пало-порожньокишкового переходу відсутня характерна тонко кишкова "перистість" складок, визначається дефект виповнення без чітких контурів.

Незначна кількість контрасту поступає в порожню кишку.

Догляд через 2 години: контраст, частково, в шлунку та 12-палій кишці і по ходу наступних відділів тонкої кишки. Зберігається ділянка деформації та ригідності дистального відділу 12-палої кишки, в якій чітко візуалізується затримка контрасту — ймовірність виразкування і фіксації.

Догляд через 4,5 години: сліди контрасту в шлунку і в ділянці 12-пало-порожньокишкового переходу з локальним горизонтальним рівнем.

Висновок: рентгенкартина об'ємного процесу дистального відділу 12-палої кишки (або проксимального відділу порожньої кишки). Хронічний гастродуоденіт. Гастроптоз з помірним пілородуоденоптозом. Органічний дуоденостаз в фазі субкомпенсації.

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки, в плановому порядку, виконано **оперативне втручання — лапаротомія**. Видалення утворення тонкої кишки з резекцією дистального відділу 12-палої кишки та її брижі. Дуодено-ентероанастомоз кінець в бік. Санація та дренажування черевної порожнини.

Було здійснено експрес-біопсію (ПГЗ №33074-8,33079,33080-3). У матеріалі пухлини тонкої кишки муцинозна аденокарцинома, ділянки тубулярної аденокарциноми, з інвазією м'язового шару стінки кишки, виразкуванням. В лімфатичному вузлі метастаз низькодиференційованої аденокарциноми.

Відомо, що діагностика захворювань брижової частини тонкої кишки є складним розділом в діагностиці захворювань шлунково-кишкового тракту. І найчастіше, обмежитись тільки рентгеноскопією важко. Важливе місце в постановці діагнозу займає комп'ютерна томографія органів черевної порожнини, яка має високу інформативність, але значно збільшує променеве навантаження на пацієнта. В описаному випадку, застосувавши традиційні рентгенологічні методи обстеження шлунково-кишкового тракту,



Рис. 1. Рентгенограма шлунка та 12-палої кишки виконана під час рентгеноскопії ШКТ на протязі перших 10 хвилин обстеження, в вертикальному положенні. Рівень рідини, слиз – в шлунку; розширена низхідна та проксимальна частини 12-палої кишки. Залишки контрасту по ходу ободової кишки від раніше проведеної іригоскопії (вказано стрілками).

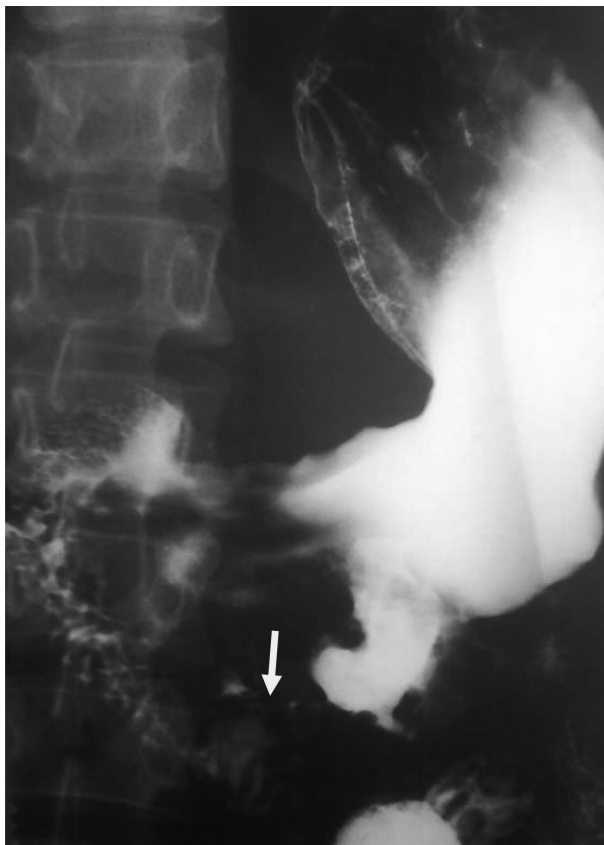


Рис. 2. Рентгенограма ШКТ в горизонтальному положенні. Контрастовано тіло шлунка, 12-палу кишку. Візуалізується нечітка зона компресії нижньо-горизонтальної частини 12-палої кишки верхньою брижовою артерією.

було отримано вичерпну інформацію, що допомогло в виборі тактики лікування хворої.

Літературна довідка.

Злоякісні пухлини тонкої кишки зустрічаються частіше, ніж доброякісні, та переважно у чоловіків. Рак тонкої кишки, за даними деяких авторів, складає 0,5% всіх злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту. Найбільш частий гістологічний варіант будови — аденокарцинома.

Метастазування здійснюється переважно лімфогенним шляхом (в лімфатичні вузли брижі та заочеревного простору). Метастази можуть досягати значних розмірів, в кілька разів перевершувати первинну пухлину. Метастазування гематогенним шляхом відбувається в печінку, легені та інші органи.

На початкових стадіях злоякісні пухлини тонкої кишки зазвичай мають безсимптомний перебіг. Хворі скаржаться на біль, дискомфорт в животі. Зі збільшенням розмірів пухлини розвивається клінічна картина часткової або повної



Рис. 3. Прицільна рентгенограма 12-палої кишки: дефект виповнення без чітких контурів та відсутня характерна тонкокишкова "перистість" рельєфу слизової дистальної частини 12-палої кишки.



Рис. 4. Рентгенограма пасажу контрасту по ШКТ: неправильної форми локальна зона накопичення контрасту в ділянці 12-пало-порожньокишкового переходу.



Рис. 5. Рентгенограма ШКТ через 2 години після прийому контрасту: частина контрасту в шлунку, по ходу 12-палої кишки і в наступних відділах тонкої кишки. Зберігається ділянка деформації та ригідності дистального відділу 12-палої кишки з затримкою контрасту – велика ймовірність виразкування та фіксації.



Рис. 6. Рентгенограма ШКТ через 4,5 години після прийому контрасту: сліди контрасту в шлунку та в ділянці 12-пало-порожньокишкового переходу з локальним горизонтальним рівнем.

кишкової непрохідності, при виразкуванні — симптоми кишкової кровотечі, при перфорації — перитоніт.

Діагноз виставляється на основі клінічної картини та інструментальних досліджень, серед яких провідне значення має рентгенологічний метод.

При діагностиці захворювань тонкої кишки віддається перевага традиційному рентгенологічному дослідженню з введенням контрастних речовин. Але комп'ютерна томографія дає більше можливостей для дослідження інтрамуральних компонентів тонкої кишки, а також її брижі, органів черевної порожнини та заочеревного простору. Додаткову інформацію отримують, виконуючи езофагофіброгастродуоденоскопію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Верифікація діагнозу здійснюється тільки під час гістологічного дослідження біопсійного чи операційного матеріалу.

Пухлини порожньої кишки виникають переважно в початковому відділі порожньої і термінальному — клубової кишок.

Переважає інфільтруюча форма ураження. Головною рентгенологічною ознакою **ендофітного** росту є стійке асиметричне звуження просвіту тонкої кишки, виражена ригідність стінки на цій ділянці з деформацією рельєфу слизової оболонки. Здебільшого виникає супрастенотичне розширення просвіту кишки.

Екзофітна форма росту рентгенологічно характеризується наявністю дефекту наповнення, ригідністю стінки; рельєф слизової оболонки зруйнований. У разі проростання пухлини у брижу або заочеревний простір виявляють фіксацію петель тонкої кишки.

ЛІТЕРАТУРА.

1. За загальною редакцією д.м.н. Коваль Г.Ю. *Променева діагностика* — Київ, "Медицина України" — 2009. Том I — ст.496-497, 507,508.
2. Л.М. Портной *Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтероонкологии* — Москва, издательский дом Видар. — М. — 2001. — ст. 160-175.
3. А.Н. Михайлов *Рентгеносемиотика и диагностика болезней человека* — Минск. — 1989. — ст. 270-271.