

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

По данным литературы, рост и распространение рака толстой кишки происходят относительно медленно. Длительный период опухоль находится в пределах органа, не распространяясь в глубине стенки кишки более чем на 2—3 см от видимой границы. Медленный рост опухоли нередко сопровождается местным воспалительным процессом, переходящим на соседние органы и ткани. В пределах воспалительного инфильтрата в соседние органы постоянно прорастают раковые комплексы, что способствует появлению так называемых местнораспространенных опухолей без отдаленного метастазирования [1]. В свою очередь отдаленное метастазирование рака толстой кишки также имеет свои особенности. Наиболее часто поражаются лимфатические узлы и (гематогенно) печень, хотя наблюдаются поражения и других органов, в частности легкого.

Результаты хирургического лечения рака толстой кишки в течение последних десятилетий не улучшаются, и показатели пятилетней выживаемости остаются в пределах 45-55% [1, 3]. Это связано с поздней диагностикой колоректального рака. По усредненным данным у 70-80% больных заболевание диагностируется в III-IV стадиях [1, 2]. У 20-70% больных, радикально оперированных по поводу рака толстой кишки, развиваются рецидивы, при этом отсутствуют надежные диагностические методы выявления этих изменений в ранние сроки после операции [1]. 85% местных рецидивов выявляются в течение первых 2 лет после операции, а средний срок появления рецидивов равен 13 мес. При своевременном обнаружении рецидивов и метастазов у 1/3 больных можно выполнить их хирургическое удаление. Остальным пациентам, к сожалению, приходится рекомендовать только паллиативное лечение (лучевое и химиотерапию), которое несколько облегчает их положение. Поэтому необходимо регулярно обследовать лиц, оперированных по поводу колоректального рака, поскольку в дальнейшем у них возможно появление рецидива заболевания и отдаленных метастазов.

Решить эту задачу с помощью общепринятых клинических, инструментальных и рентгенологических методов не всегда представляется возможным. Так, колоноскопия и ирригоскопия, имеющие первостепенное значение в обнаружении рецидива колоректального рака по линии анастомоза, не позволяют выявить внекишечную рецидивную опухоль, оценить степень ее распространения за пределы кишечной стенки, определить состояние регионарных лимфатических узлов, обнаружить органнне метастазы [2, 3]. Недостатки этих методов в ряде случаев может восполнить ультразвуковое исследование, однако трансабдоминальная эхография не всегда информативна в выявлении рецидивов и в оценке распространенности вторичного опухолевого процесса [1]. Одной из проблем современной медицины являются тромбозы нижней полой вены (НПВ), причиной развития которых являются злокачественные опухоли (39%). Из опу-

холей, вовлекающих нижнюю полую вену, в основном описывается почечноклеточный рак, который в 4-10% случаев является причиной опухолевых тромбов НПВ [7]. Из других опухолей, которые распространяются в НПВ, описаны печеночноклеточный рак, адренокортикальный рак и опухоль Вильмса у детей [8].

В этих условиях приобретает актуальность внедрение в онкологическую практику спиральной компьютерной томографии (СКТ). Имеющийся опыт использования этого метода в диагностике рецидивов рака толстой кишки свидетельствует о его несомненных потенциальных возможностях [3, 5]. Вместе с тем относительно эффективности спиральной компьютерной томографии при изучаемой патологии имеются противоречивые данные, считается, что ее возможности не полностью используются для контроля за проведением диагностических и лечебных операционных вмешательств при этом заболевании в послеоперационном периоде [9].

В данной статье представлено наблюдение распространенного метастазирования рака сигмовидной кишки у молодого пациента, в том числе с развитием опухолевого тромбоза печеночного сегмента нижней полой вены.

Пациент Б. 34 года с диагнозом рак сигмовидной кишки оперирован в октябре 2010 года в онкоцентре г. Москвы (гистологически верифицирована низкодифференцированная аденокарцинома), после чего проведены курсы химиотерапии. В ноябре 2011 года в клинике Израила вследствие *prolongatio morbi* проведена циторедуктивная операция (удаление метастазов брюшины с обработкой горячим цитостатиком) с последующими курсами химиотерапии. В мае 2012 года в клинике «Доктор Алекс» пациенту было проведено КТ-исследование для определения прогрессирования опухолевого процесса. Исследование проводилось на мультиспиральном 16-детекторном компьютерном томографе. Пациент обследован по стандартному онкопротоколу с введением 100 мл неионного контрастного йодсодержащего вещества (Омнипак 300). Сканирование осуществлялось с использованием коллимации 1 мм, ротации 0,75, питч фактора 0,938. Реконструкция осуществлялась с толщиной среза 5 и 1 мм при 0,8 мм интервале.

В результате исследования было выявлено метастатическое поражение легких с гидротораксом и ателектазом нижней доли правого легкого (рис. 1), метастазы печени, селезенки (рис. 2), лимфоузлов (рис. 3) и костных структур (рис. 4), опухолевый рост в области послеоперационного рубца, формирование тонкокишечной непроходимости (рис. 3), асцита (рис. 2) и неопластического тромбирования нижней полой вены (рис. 5). Тромб нижней полой вены распространялся выше уровня диафрагмы до 25 мм за счет тонкой флотирующей части (признак эмбологенности), его повышенная плотность, связанная с накоплением контрастного вещества, указывала на неопластический характер тромбоза.



Рис. 1. МСКТ-аксиальные срезы на уровне бифуркации трахеи (а) и базальных сегментов легких (б): правосторонний гидроторакс, ателектаз нижней доли правого легкого; стрелками показаны очаги метастатического поражения левого легкого



Рис. 2. Метастатическое поражение печени (а, в) и селезенки (б) (стрелки), асцит (б, в)



Рис. 3. МСКТ-аксиальные срезы на уровне L_2 , L_4 позвонков. Неопластическое поражение послеоперационного рубца и увеличенные парааортальный и общие подвздошные лимфатические узлы слева с признаками некроза (стрелки). Уровни жидкости и газа в расширенных петлях тонкой кишки

Вследствие проведенного исследования, у пациента установлен рецидив рака сигмовидной кишки (состояние после резекции сигмовидной кишки в 2010 году), IV клиническая группа.

Представленное наблюдение, на наш взгляд, убедительно демонстрирует возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике распространения метастатического про-

цесса, в том числе опухолевых тромбозов НПВ.

Спиральная компьютерная томография является ведущим методом выявления признаков генерализации опухолевого процесса у оперированных больных колоректальным раком, позволяет определить степень распространенности опухолевого процесса по органам и системам.

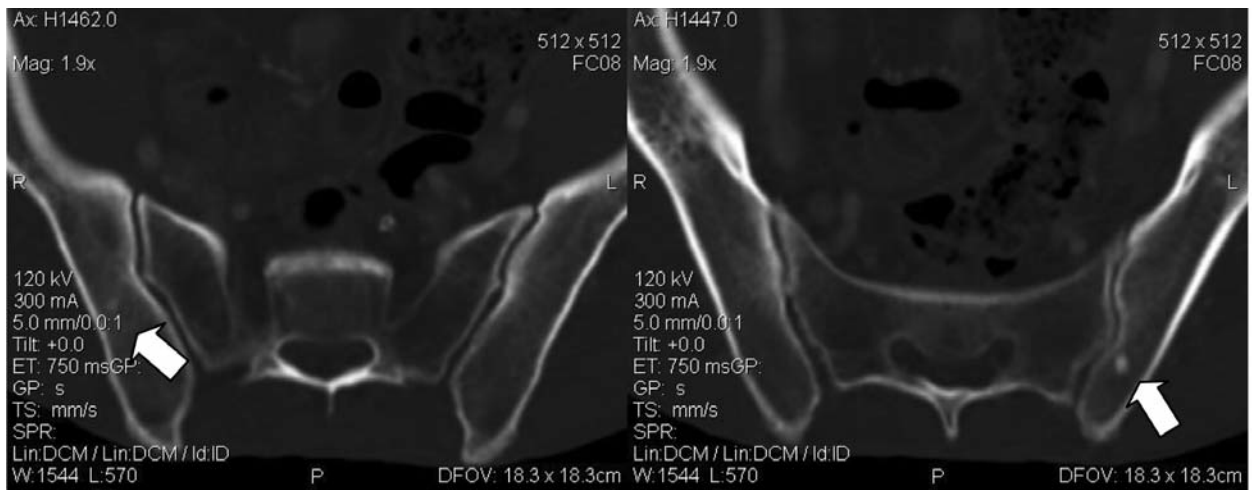


Рис. 4. МСКТ-аксиальные срезы на уровне S_2 (а), S_3 (б) позвонков. Метастатическое поражение крыльев подвздошных костей (стрелки)

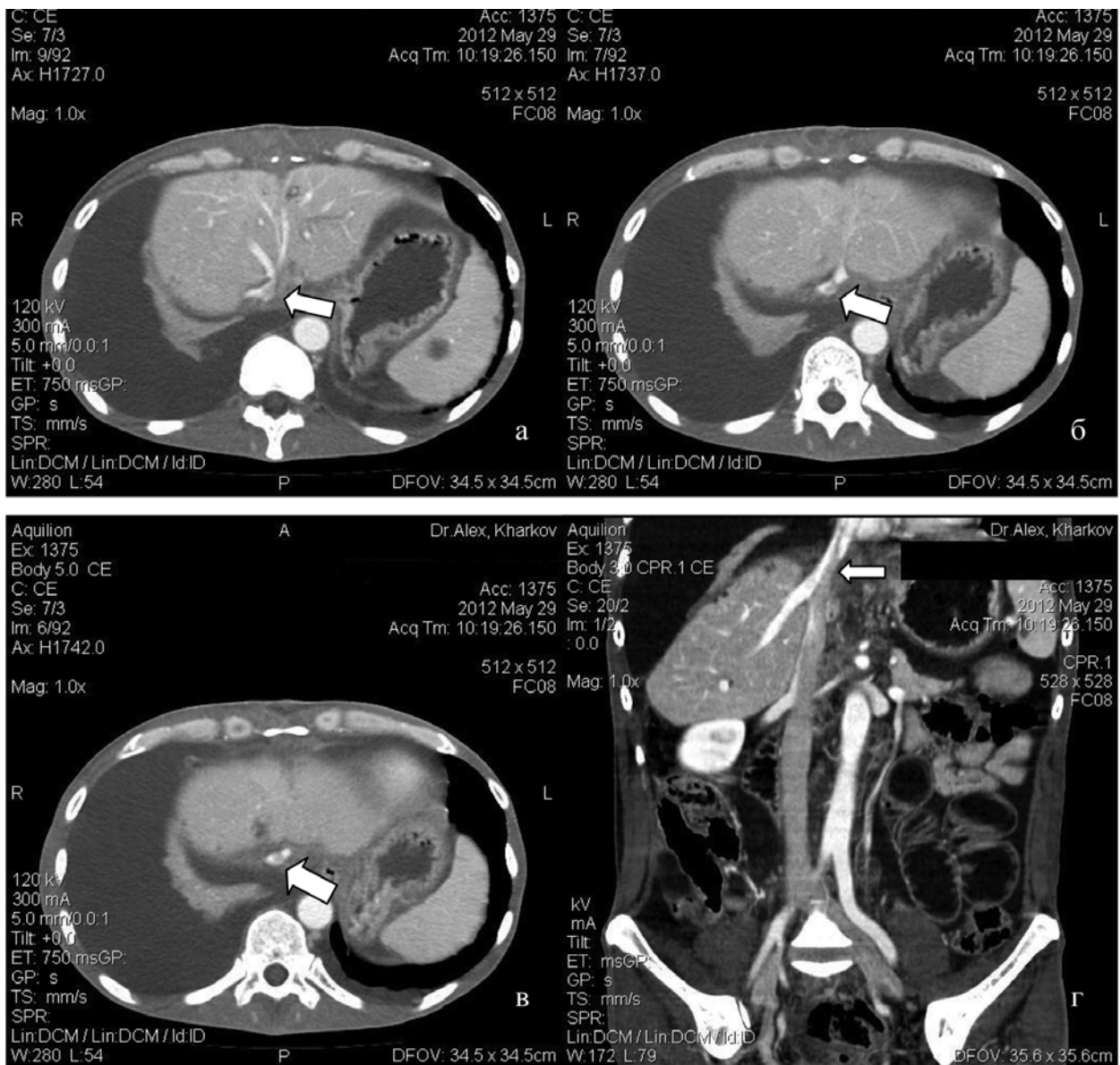


Рис. 5. МСКТ: а, б — аксиальные срезы на уровне впадения печеночных вен; в — наддиафрагмальный уровень; г — коронарная реконструкция. Стрелками показан пристеночный субокклюзирующий дефект контрастирования нижней полой вены, остаточный диаметр на уровне почечных артерий до 5 мм, на уровне печеночных артерий до 3 мм

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы колопроктологии / Под ред. В.Г. Воробьева. — Р.-Д., 2001. — 340 с.
2. Портной Л.М. Проблемы современной диагностики колоректального рака/Л.М. Портной, М.П. Дибиров, И.И. Жакова // Хирургия. — 1993. — №12. — С. 58-62.
3. Рязанов В.В. Спиральная компьютерная томография в послеоперационном наблюдении больных колоректальным раком: Автореф. к.м.н., 2004. — 21 с.
4. Силантьева Н.К. КТ в лучевом и комбинированном лечении больных колоректальным раком: Обзор/ Н.К. Силантьева, Б.А. Бердов, З.Н. Шавладзе // Рос. Онкол. журн. — 2001. — № 3. — С. 51-55.
5. Cademartiri F. Spiral hydro-CT in the evaluation of colosigmoidal cancer/F. Cademartiri, G. Luccichenti, A. Rossi, P. Pavone // Radiol. Med. — 2002. — Vol. 104, № 4. — P. 295-306.
6. Chiang S.H. Computed tomographic appearance of colorectal hepatic metastases/S.H. Chiang, C.H.Thng, C.S. The et al. // Ann. Acad. Med. Singapore. 2003. — Vol. 32, № 2. — P. 191-195.
7. Imaging primary and secondary tumor thrombus of the inferior vena cava: multi-detector computed tomography and magnetic resonance imaging/Cuevas C, Raske

M, Bush WH, et al. //Curr Probl DiagnRadiol. — 2006. — V 35. — P. 90–101.

8. Venous spread of renal cell carcinoma: MDCT/Stern P.R., Perkov D., Smiljanic R., Oberman B., Potocki K. //Abdom Imaging 2006 Sep 1; (Epub ahead of print).

9. Zhou C. Spiral CT in the preoperative staging of colorectal carcinoma-radiologic-pathologic correlation/C. Zhou, J. Li, X. Zhao // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.— 2002. — Vol. 24, № 3. — P. 274-277.

РЕЗЮМЕ: В статье приведен случай распространенного метастазирования у пациента с раком сигмовидной кишки.

Ключевые слова: КТ, метастазы.

SUMMARY: There is a case of tumor metastasis in patient with sigmoid carcinoma in the article.

Ke ywords: CT, tumor metastasis.

Д.Г. Петренко, Е.П. Шармазанова,
г. Харьков

До Вашої уваги!

Нові книги

РАДІОЛОГІЯ

Том II ОСНОВИ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ



P 15 **Радіологія. Т.2. Основи променевої терапії:** підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / М.С. Каменецький, М.Б. Первак, Д.С. Мечев, В.С. Медведєв; за редакцією М.С. Каменецького. — Донецьк: Вид-во «Ноулідж» (Донецьке відділення), 2013. — Том 2. — 103 с., 22 ілюстрації.

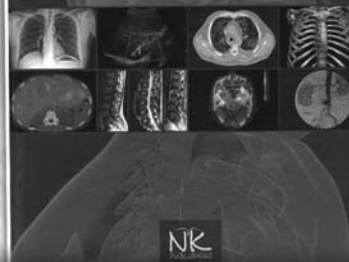
ISBN 978-617-579-562-0

У підручнику вперше з позицій професійно-діяльнісного (компетентнісного) підходу викладено пропедевтичний курс променевої терапії.

УДК 615.849(075.8)
ББК 53.65я7

РАДІОЛОГІЯ

Променева терапія | Променева діагностика



Ковальський О. В.

Радіологія. Променева терапія. Променева діагностика: підручник для студ. вищ. мед. навч. заклад. / О. В. Ковальський, Д. С. Мечев, В. П. Данилевич. — Вінниця: Нова Книга, 2013. — 512 с.: іл.

ISBN 978-966-382-424-6

Підручник створений згідно з програмою навчальної дисципліни "Радіологія" (Київ, 2006) і відповідає принципам Європейської кредитно-модульної системи якісної підготовки лікарів.

У підручнику викладені сучасні досягнення медичної радіології, методи візуалізації в променевій діагностиці, принципи отримання діагностичних зображень, променева діагностика захворювань органів і систем, алгоритми променевих досліджень, тестові завдання і ситуаційні задачі. Для зручності студентів в одному виданні представлено основи і сучасний рівень променевої терапії.

Для студентів медичних вузів IV рівня акредитації, інтернів-радіологів та лікарів інших спеціальностей.

УДК 615.849(075.8)
ББК 53.6я73

Замовити книжку можна
в редакції журналу: тел. 044 503-04-39