

Клиническая медицина

Онкология

Шматкова В.В.

Опёнок Н.Г.

(Центральная больница г. Зеи и Зейского района им. Б.Е. Смирнова)

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ТОНКОЙ КИШКИ

Злокачественные опухоли тонкого кишечника – редкая патология, на долю которой приходится приблизительно 1% всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. Заболевают преимущественно лица пожилого возраста. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины, при этом частота заболевания растет с возрастом. Опухоль имеет склонность поражать начальный отдел тощей и терминальный отдел подвздошной кишок, чаще бывает одиночной и исключительно редко – множественной.

Наиболее частый вариант гистологического строения – аденокарцинома, в том числе низкодифференцированная, характерная для всей кишечной трубки. Раковая опухоль чаще растет в просвет кишки, реже внутримурально. Рак, растущий в просвет, суживает кишку, причем в основном концентрически (кольцевидно), вызывая развитие частичной интермиттирующей кишечной непроходимости, постепенно прогрессирующей, вплоть до полной кишечной непроходимости, характерные симптомы которой во многих случаях бывают первыми признаками ракового заболевания.

Несмотря на широкий охват населения рентгенологическими, эндоскопическими и ультразвуковыми исследованиями органов брюшной полости, в 80% случаев диагноз устанавливается на поздних стадиях, когда радикальное оперативное вмешательство невыполнимо. Причиной поздней диагностики является отсутствие специфической симптоматики, что приводит к позднему обращению пациента к врачу, а также малодоступность таких эффективных методов обследования тонкой кишки, как баллонно-ассистированная энтероскопия и капсульная эндоскопия. Вместе с тем в литературе имеются сведения о возможности эхографической диагностики некоторых патологических состояний тонкого кишечника.

Приводим наше наблюдение. Больной Ш. 61 года.

Поступил в хирургическое отделение с диагнозом обострения хронического панкреатита. Из анамнеза: болен в течение 4 месяцев, когда появились слабость, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, периодически рвота, вздутие живота, спастические боли в области кишечника. Лечился самостоятельно по поводу хр. панкреатита. Отмечает потерю в весе за последние 1,5 месяца на 7 кг. Много курит. При поступлении жалобы на рвоту, отсутствие аппетита, выраженную слабость, отсутствие стула в течение 5 суток. Состояние при поступлении тяжелое. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, сухость кожных покровов, склеры иктеричны. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, напряжен, умеренно болезненный во всех областях.

На обзорном УЗИ: В брюшной полости, малом тазу свободная жидкость немного в отлогах местах. Печень увеличена: ПД – 16,7 см ЛД – 7,8 см, контур ровный, паренхима диффузно неоднородная, повышенной эхогенности с мелкими гипозоногенными участками без четких контуров. Внутривенные желчные протоки, вены, портальная вена не расширены, очаговых образований не визуализируется. Холедох не расширен. Желчный пузырь средних размеров, стенки его уплотнены, утолщены – 4,5–5,0 мм, содержимое желчного пузыря неоднородное, взвесь умеренно. Поджелудочная железа не увеличена, диффузно неоднородная, повышенной эхогенности, вирсунгов проток не расширен. Селезенка нормальных размеров, паренхима ее диффузно неоднородная гипозоногенная Желудок увеличен, в полости натекает определяется много жидкости, стенки его не утолщены, отмечается утолщение стенок 12-перстной кишки до 9–10 мм, просвет кишки сужен. Симптомов поражения толстого кишечника не выявлено. Парааортальные лимфоузлы в местах, доступных визуализации, не увеличены. Петли тонкого кишечника отчетливо визуализируются, стенки их значительно