

УДК 616.348-006.6-073.4-8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ КРОВОТОКА В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Е.В. Баженова, А.Г. Баженов,

МЛПУЗ «Йошкар-олинская городская больница», Республика Марий Эл

За последнее время отмечается рост заболеваемости раком ободочной кишки, в структуре злокачественных опухолей частота встречаемости по данным ВОЗ составляет около 5–14% и занимает 4-е место в структуре опухолей желудочно-кишечного тракта. Прогноз заболевания в значительной степени зависит от своевременной постановки диагноза. Несмотря на появление новых компьютерных методов лучевой диагностики, проблема раннего распознавания опухолей остается актуальной. Врачу иногда бывает сложно разобраться в информации, полученной при использовании различных диагностических методов. Кроме того, некоторые методы диагностики дороги и малодоступны, и перед врачом возникают не только медицинские, но и экономические аспекты диагностики. Поэтому насущна задача рационального использования различных диагностических методов, тем более в условиях нашего стационара, где диагностика опухолей толстого кишечника проводится первоначально, исходя из клинических данных (непроходимость, запоры, боли, наличие примесей в кале, анемия и т. п.) и далее проведение ирригографии и колоноскопии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из широко распространенных обследований, метод легкодоступный, безопасный, недорогостоящий, хорошо переносимый пациентами. Одним из таких методов является УЗИ с использованием функции цветного и энергетического картирования кровотока, которое позволяет изучать сосуды, их архитектуру и параметры кровотока.

Описываемые методики УЗИ ободочной кишки широко применяются и в нашем стационаре.

Симптом «пораженного полого органа» (рис. 1, эхограмма) неоспоримо доказывает наличие патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. Но в нашей практике встречаются случаи, когда данный симптом не проявился. В результате ультразвукового обследования были выявлены объемные образования.

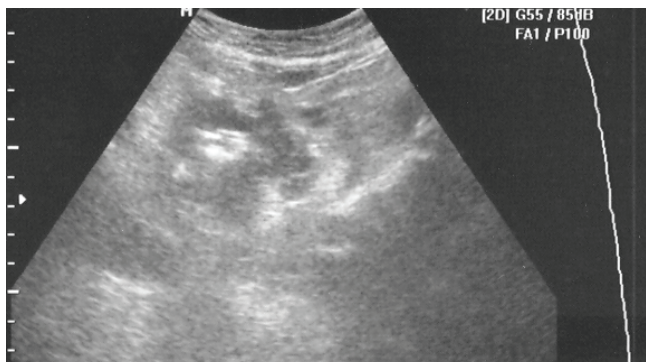


Рис. 1. Эхограмма.

Для подтверждения злокачественного характера применена методика цветного и энергетического картирования кровотока.

Больная К., 49 лет, поступила в стационар с признаками кишечной непроходимости. При ультразвуковом исследовании в левой подвздошной области рисунок стенки кишки плохо дифференцирован, здесь отмечается локальное неравномерное утолщение «гантелевидной» формы (рис. 2, эхограмма) за счет исходящего из нее в просвет органа фиксированного объемного включения размером 37х53 мм с нечеткими неровными контурами, неоднородное по структуре беханэогенного компонента без признаков прорастания в окружающие ткани. Симптома поражения полого органа не отмечалось. С целью дифференциальной диагностики проведено ЦДК и ЭДК (рис. 3, эхограмма).

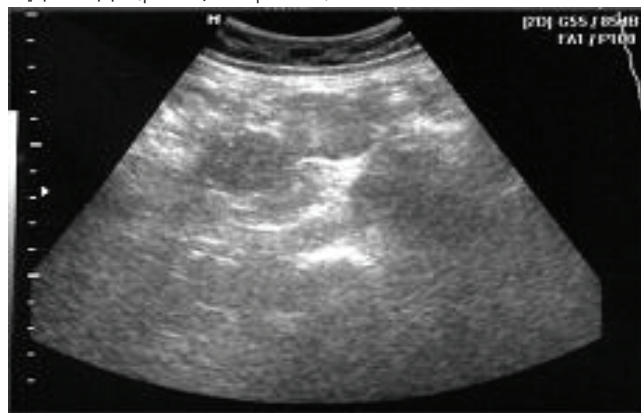


Рис. 2. Эхограмма.

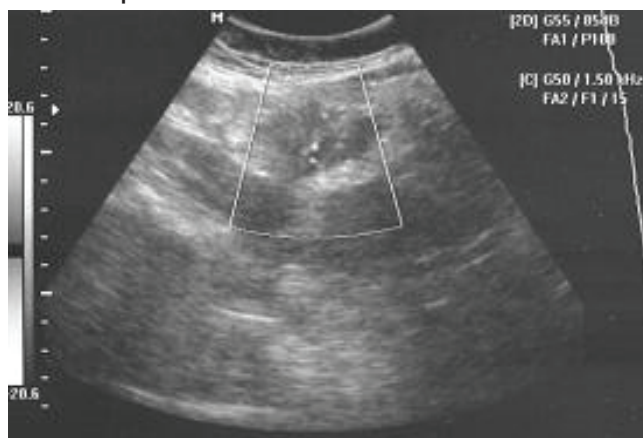


Рис. 3. Эхограмма.

Установлено наличие деформированной сосудистой сети в виде отдельных пятен, полностью сосуды не прослеживаются, большее количество сосудов с преимущественным

расположением зон васкуляризации в центре. Было высказано предположении о злокачественном характере образования, после проведения дополнительных обследований больная прооперирована, была удалена опухоль (гистологический диагноз установлен: аденокарцинома) (рис. 4, 5)



Рис. 4. Аденокарцинома.

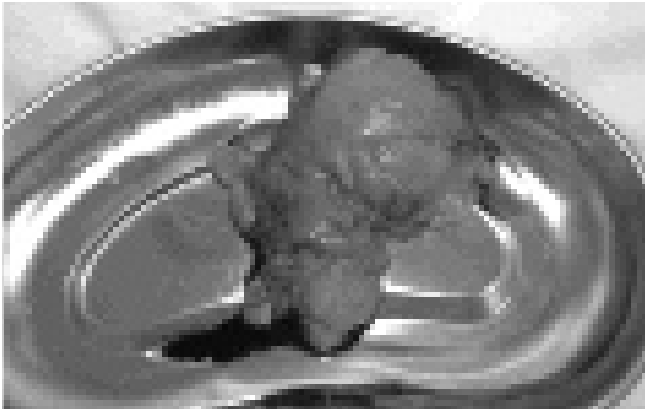


Рис. 5. Аденокарцинома.

Больная Р., 62 года, поступила с диагнозом: подозрение на абсцесс брюшной полости. На обзорном УЗИ: печень не увеличена, контур ровный, паренхима обычной эхогенности, однородная. Внутри и внепеченочные протоки, вены не расширены. Желчный пузырь средних размеров, стенка ровная, однородная, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа не увеличена, повышенной эхогенности, неоднородная. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка нормальных размеров, структура паренхимы однородная. Почки обычно расположены, нормальных размеров, ЧЛК без особенностей. Парааортальные лимфоузлы не визуализируются. Ультразвуковая картина в правой подвздошной области образование (рис. 7, эхограмма) диаметром 95-55 мм неоднородное по структуре с нечеткими, неровными контурами спаяно с окружающей клетчаткой при вдохе малоподвижное, при пальпации датчиком не смещаемое, с прилегающей слепой кишкой с отсутствием видимой перистальтики, с целью дифференциальной диагностики аппендикулярного инфильтрата от инфильтрата опухолевой природы проведено исследование ЭД (рис. 8, эхограмма), где выявлена сеть хаотично расположенных сосудов, неоваскуляризация и высказано предположение о злокачественной природе образования.

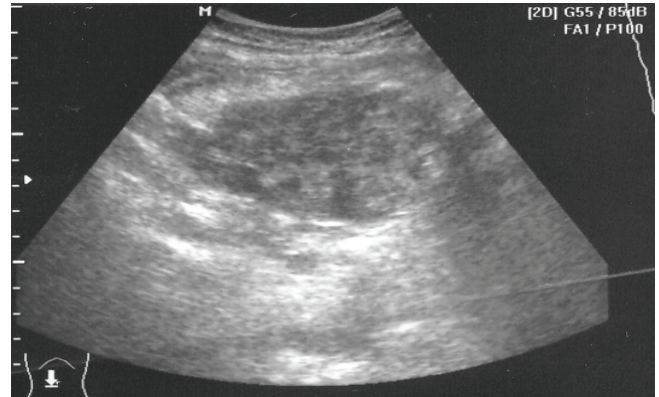


Рис. 7. Эхограмма.

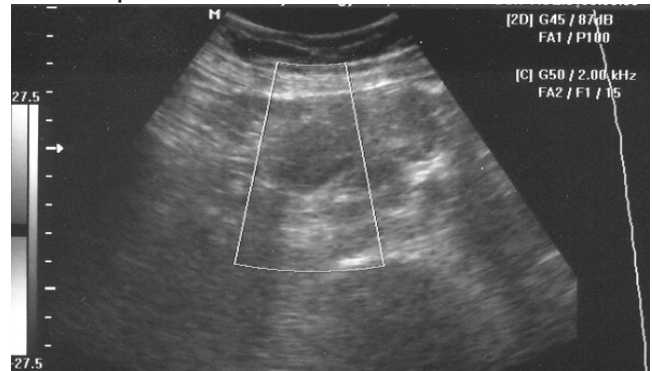


Рис. 8. Эхограмма.

Позатпно проведена операция, гистологически диагноз подтвержден: аденокарцинома (рис. 9).

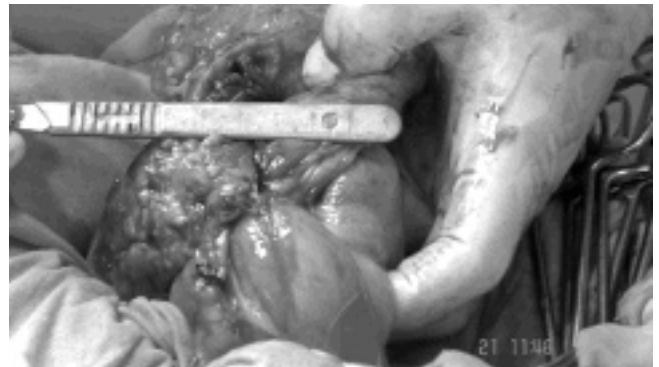


Рис. 9. Аденокарцинома.

Заключение. Не всегда при опухолевом поражении кишечника симптом пораженного полого органа будет присутствовать на эхограммах, при этом имеет смысл в скрининговое обследование кишечника включать и функции энергетического и цветного картирования кровотока при выявлении образований.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Лемешко З.А. Ультразвуковое трансабдоминальное исследование кишечника. / Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике под ред. Митькова В.В. - М.: Видар.
2. Пиманов С.И., Вергасова Е.В., Луд Н.Г. Скрининговая ультразвуковая диагностика рака ободочной кишки. / Медицинский журнал «SonoAce-International». - № 10. - 2002 г.
3. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии. - 1995. - № 1.
4. Быковский В.А. Абдоминальная эхография, трудности, ошибки.
5. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии.