

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: 1. ТУБУЛЯРНО-ВОРСИНЧАТА АДЕНОМА НИЗХІДНОГО ВІДДІЛУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Історія хвороби та результати проведених досліджень.

Хворий Ч., 43 років, звернувся до лікаря-проктолога зі скаргами на ниючі болі в лівій половині черевної порожнини та наявність кров'янистих виділень темного кольору в калових масах. Описані скарги з'явилися протягом останнього місяця.

Пацієнт був направлений на фіброколоноскопію. Під час обстеження: глибина огляду — купол сліпої кишки. На 40 см від анального сфінктера — тубулярно-ворсинчата аденома до 2,5 см на ніжці до 1,2 см.

Іншої патології не виявлено. Даних за кишкову кровотечу на момент огляду не виявлено.

Взято біопсію. Результат біопсії: тубулярно-ворсинчата аденома сигмовидної кишки.

Згідно з результатами обстеження, хворий був направлений у проктологічне відділення з метою дообстеження та оперативного лікування.

Для встановлення чіткої локалізації процесу виконано поліпозиційну іригоскопію з первинним подвійним контрастуванням.

При виконанні методики первинного подвійного контрастування, візуалізувався дефект виповнення на межі верхньої і середньої третини низхідного відділу ободової кишки розмірами 3,0-4,0 см, неправильно-округлої форми, нерівномірно імпрегнований контрастом, без ознак зміщення при обстеженні. Під час обстеження найкращої деталізації було досягнуто за-вдяки зміні положення хворого — з горизонтального на вертикальне, виконуючи туге виповнення кишки чіткого дефекту контрастування не отримано.

Особливості дослідження фіксувались рентгенограмами.

Висновок: пухлина низхідного відділу ободової кишки, екзофітна форма.

Рентгенологічний висновок показав іншу локалізацію процесу, ніж результат колоноскопичного дослідження.

Інтраопераційно: пухлина низхідного відділу ободової кишки знаходиться на відстані 60 см від анального сфінктера.

Гістологічно підтверджено — тубулярно-ворсинчата аденома низхідного відділу ободової кишки.

В описаному випадку хочеться підкреслити роль традиційного рентгенівського методу в постановці правильного діагнозу та визначення локалізації процесу, що значно допомогло в виборі об'єму оперативного втручання та зони доступу.

Літературна довідка

Ворсинчата пухлина — аденома товстої кишки (папілярна аденома), походить з поверхневого епітелію кишки, крім нього до її складу входять залози кишкової стінки. Характерний екзофітний ріст і значна схильність до малігнізації. Пухлина має широку основу, зрідка має ніжку. Поверхня складається з окремих часточок, тому має ворсинчатий вигляд. Найбільш частою локалізацією процесу є пряма та сигмовидна кишка.

Рентгенологічно дає дефект виповнення, який має хвилястий і часто нечіткий контур; симптом обмеженого розширення кишки (гаустри, зазвичай, відсутні);



Рис. 1. Іригограма — туге виповнення поперечноободової, низхідної та сигмоподібної кишки. Переконливих даних за об'ємний процес на даному знімку не зафіксовано



Рис. 2. Прицільний знімок селезінкового кута і частково низхідної кишки. Виконано методику первинного подвійного контрастування, пацієнт перебуває в горизонтальному положенні, на спині. Візуалізовано дефект виповнення з комірковою структурою рельєфу слизової

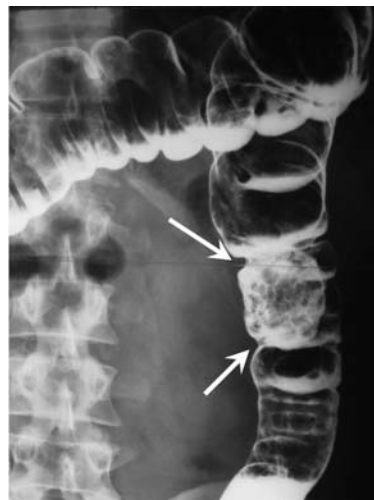


Рис. 3. Прицільний знімок селезінкового кута і частково низхідної кишки. Крім методики первинного подвійного контрастування, для кращої візуалізації процесу виконали поліпозиційне обстеження — перевели пацієнта в вертикальне положення. Чітко видно пухлину низхідного відділу ободової кишки, екзофітної форми

дрібносітчастий (комірковий) тип рельєфу слизової оболонки; додаткова тінь на фоні повітря. Форма ворсинчатої пухлини може бути різною: округла, овальна, грушеподібна, трикутна, трапецієподібна та ін.

Ознаками малігнізації пухлини є: ущільнення, виразкування та інфільтрація прилеглих стінок кишки; втрата характерної для ворсинчатої пухлини мінливості форми при різних ступенях заповнення кишки, головним чином повітрям; наявність стійкого депо барію; ригідність, нерівність, а іноді навіть витягнутість

стінки кишки біля основи пухлини, її швидкий ріст за порівняно короткий проміжок часу; велика та нерівномірна щільність окремих ділянок чи всього новоутворення, яка визначається тільки під час

подвійного контрастування; більш значна бугристість; зникнення на якій-небудь ділянці комірковості рисунка; фіксація враженої ділянки кишки.

А.Я.Кіницька, м. Хмельницький

2. ОСТЕОХОНДРОМА ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЇ КОСТИ С ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕМ

История болезни и результаты проведенных исследований

Больная М., 23 года, обратилась в поликлинику с жалобами на наличие в правой подвздошной кости плотного, больших размеров, резко болезненного нароста с покраснением кожи над ним. Других жалоб нет. При сборе анамнеза выяснилось, что три года назад, в проекции правой подвздошной кости, появилось прощупываемое безболезненное уплотнение, которое медленно разрасталось и за истекший период увеличилось приблизительно в 5-6 раз. В других отделах скелета дополнительных разрастаний не отмечает. Ни у кого из ближайших родственников похожих изменений нет.

Месяц тому появились сильные боли в правой половине таза, усиливающиеся при нагрузке, и стал отмечаться быстрый рост вышеуказанного нароста. При осмотре определяется деформация правой подвздошной кости, за счет плотного, бугристого разрастания с покраснением кожи над ним, резко болезненного при пальпации. Лабораторные исследования не дали отклонений от нормы. На рентгенограмме костей таза отмечается замена нормальной костной структуры правой подвздошной кости большим, до 13-15 см в диаметре, костно-хрящевым конгломератом, неомогенной структуры, в виде костных островков, веерообразных пучков и перегородок.

По нижнему контуру патологического образования кортикальный слой не определяется. Основание тазовой кости, правый тазобедренный и правый крестцово-подвздошный суставы не изменены. При обследовании других отделов скелета нигде не обнаружено дополнительных костных разрастаний. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. После проведенных исследований был поставлен диагноз: Остеохондрома правой подвздошной кости с признаками малигнизации. Больная направлена в областную онкологический диспансер для решения вопроса о дальнейшем лечении.

Из областного онкологического диспансера больную направили на оперативное лечение в Киевский национальный институт рака, где после дообследования и получения результатов биопсии поставлен диагноз: Малигнизация остеохондромы, переход в хондросаркому. Больной была проведена операция: Резекция крыла правой подвздошной кости с опухолью (гемипельвэктомия I типа). Послеоперационный период протекал благоприятно и больную направили под наблюдение онколога по месту жительства. В настоящее время пациентка передвигается с помощью костылей. После операции прошло полгода.

Литературная справка

Остеохондрома — это костно-хрящевая опухоль, которая развивается в костях хрящевого происхождения и лишь мало отличается от остеомы; она, кроме костной ткани, содержит еще и хрящевую ткань, покрывающую поверхность опухоли в виде шляпки. Из-



Рис. 1. Рентгенограмма костей таза. Справа — полное замещение структуры подвздошной кости на костно-хрящевые разрастания с неровным, нечетким нижним контуром



Рис. 2. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава (остеохондрома)

любленная локализация — проксимальные метафизы длинных костей (чаще всего это проксимальные отделы бедренной и плечевой костей, реже предплечье и голень), плоские кости (таз, лопатка), изредка позвонки (дужки или отростки, но никогда не растет из тела позвонка) и иногда даже основание черепа (затылочная кость).

Чаще эта опухоль возникает у людей молодого и зрелого возраста. Растет остеохондрома медленно, иногда десятки лет, и продолжает расти и после прекращения роста пациента. Может достигать значительного веса (до 2-5 кг преимущественно при расположении в области таза или в области грудных позвонков). Согласно терминологии ВОЗ, остеохондро-