

# **Рентгенодиагностика злокачественных новообразований толстой КИШКИ**

Реферативная работа

Дьяченко В.Г.



часто встречается рак различной локализации.

Aschoff делит все раковые опухоли :

1. Капустообразные , полипозные и папиллярные.

2. Изъязвленные мягкие, с валикообразными краями.

3. Твердые (скирры)

4. Слизистые.

С.А.Холдин выделяет экзофитные, эндофитные, диффузные, инфильтрирующие и плоскостные.

лимфобластомы, меланомы, метастатические опухоли. Наиболее

часто встречается рак различной локализации.

Aschoff делит все раковые опухоли :

1. Капустообразные , полипозные и папиллярные.

2. Изъязвленные мягкие, с валикообразными краями.

3. Твердые (скирры).

4. Слизистые.

С.А.Холдин выделяет экзофитные, эндофитные, диффузные.

С.А. Холдин выделяет экзофитные(палипозно-папиллярные),эндофитные,диффузные, инфильтрирующие(фиброзного и каллоидного типа ).

Экзофитные раки растут в просвет кишки ,только в последней стадии дают внутрстеночный рост.По характеру поверхности деляться :

- 1.Полиповидные.
- 2.Бляшковидные.
- 3.В»виде цветной капусты».

*1.Полиповидные раки-* выраженным экзофитным ростом ,отграничены от окружающей слизистой гладкой или крупнодольчатой поверхностью.На снимке дают краевой или центральный дефект наполнения,симтом «полукольца».При далеко зашедшем процессе-образуется двойной внутренний контур.Если выражена дольчатость опухоли -дефект приобретает ячеистую структуру.

*2.Бляшковидные раки-* чаще не большие стелются по слизистой,не выступая значительно в просвет,рано метастазируют.На снимке-краевой ,плоский дефект наполнения,при изъязвлении отмечается зазубренность внутреннего контура опухоли не более 1.5-2 см.

*3.Карциномы по типу» цветной капусты».*При тугом заполнении в зависимости от распространенности дают краевой или циркулярный дефект наполнения с неровными контурами.При частичном поражении стенки наблюдается сим. Инвагинации,неполное сокращение участка кишки после опорожнения,сим . Кулис,если раковая инфильтрация занимает полуокружность кишки,гипермотильность близлежащих отделов.



*Блюдцеобразные раки*-резко отграничены от нормальной слизистой,с центрально расположенным изъязвлением,округлой формы.В центре дефекта наполнения всегда выявляется неправильной формы депо бариевой взвеси.

*Эндофитные раки*-характеризуются подслизистым ростом ,трудны в диагностике (симулируют спазм кишки),протекают на много злокачественнее,чаще прорастают в соседние органы.Морфологически происходит утолщение стенки кишки с суживанием просвета,при этом распространенность процесса может быть различна от 1.5-10 см более.Ведущим методом в диагностике является двойное контрастирование-выявляется циркулярное сужение с ровными контурами,резкими воронкообразными краями и регидными стенками,при этом появляетсясимтом сафеточного кольца,иногда аперистальтическая зона.В далеко зашедших случаях стирается складчатость.Фиксация кишки в сочетании с расширением супрастенотического отдела кишки,задержкой продвижения бариевой взвеси.

*Эндофитно-язвенные раки*- проявляются неравномерным,циркулярным сужением кишки в центре с обширным язвенным дефектом,часто прорастают в окружающую клетчатку,метастазируют в регионарные л/у.Карциномы с глубокой язвой часто создают картину более широкого просвета,чем при поверхностной, его края иногда приобретают воронкообразный вид.После опорожнения определяется заполненная контрастом язва.



- При эндофитно-язвенной форме рака поражена только часть окружности кишки. Наблюдается более выраженная асимметрия дефекта наполнения, после опорожнения на противоположной, непораженной стенке может сохраняться нормальный рельеф слизистой, который в отличие от блюдцеобразного рака перемещается к центру.
- *Смешанного типа раки* - называются некоторыми авторами переходными, представляют собой комбинацию одной опухоли эндофитного и экзофитного роста. При этом наблюдается крайняя пестрота рентгенологической картины.



# Рентгеносемиотика рака.

- 1.Центральный или краевой дефект наполнения.
- 2.Атипическая перестройка слизистой оболочки с дефектом в рельефе.
- 3.Симтом кольца на рельефе.
- 4.Сужение кишки.
- 5.Неровность контуров.
- 6.Остаток бариевой взвеси после опорожнения кишки в суженном отделе.
- 7.Отсутствие гаустрации на ограниченном участке
- 8.Расширение кишки выше и ниже пораженного опухолью фрагмента.
- 9.Сегментарное укорочение кишки.
- 10.Неполная эвакуация бариевой взвеси после ее опорожнения .
- 11.Обрыв складок.
- 12.Стойкое депо контрастной массы в дефекте наполнения или в дефекте на рельефе.
- 13.Ригидность стенок.
- 14.Расширение ампулы прямой кишки.
- 15.Инвагинация пораженного участка кишки.
- 16.Подрытость краев.
- 17.задержка кала.
- 18.Задержка продвижения бариевой массы у нижнего полюса опухоли при ретроградном заполнении.
- 19.Дополнительная тень на фоне воздуха.
- 20.Неполное сокращение кишки на уровне опухоли после ее опорожнения.
- 21.Регидность складок в сочетании с их истончением или расширением.
- 22.Непроходимость.
- 23.Сопутствующий колит.
- 24.Обызвествление.
- 25.Дефект наполнения в виде полумесяца на большой кривизне желудка, обусловленный распространением раковой опухоли с поперечно-ободочной кишки.



# Рентгеносемиотика рака

26.Перфорация кишки.

27.Симтом салфеточного кольца.

28.Расширение ретроректального пространства.

29.Фиксация пораженного раком участка кишки при распространении на окружающие ткани.

30.Симтом песочных часов.



# Дифференциальная диагностика рака толстой кишки.

*Саркомы* – встречаются относительно редко, чаще всего локализуется в слепой кишке. Опухоль возникает из лимфоидной ткани подслизистого слоя кишки распространяясь вдоль кишечной стенки разрушая мышечный слой, происходит расширение просвета кишки с неровными контурами (10-15см), в начале и в конце его имеются участки сужения, гаустрация отсутствует, что отличает его от рака. Клиника не отличается характерными особенностями. Обычно больной или врач обнаруживают пальпаторно образование, вторым по частоте симптомом является непроходимость, которая возникает в результате инвагинации. Анемия менее типична для саркомы. Рентгенологически нет симптомов сужения просвета кишки, дефекта наполнения, задержки контраста перед опухолью.





- *Злокачественные карциноиды*- чаще у мужчин в возрасте 45-65 лет. Клинически проявляется поносами, цианозом верхней половины туловища, нарушением сердечно-сосудистой системы (стеноз трикуспидального клапана)-выделение опухолью серотонина, определяемого в моче.
- *Аденоматозные полипы*-часто бывают предраковым процессом, рентгеновые признаки-округлое просветление с ровным контуром, или небольшой краевой дефект наполнения, кишка при этом нередко часто гаустрирована. При двойном контрастировании полипы обнаруживаются в виде кольцеобразных теней или полуколец на внутреннем контуре кишки.
- *Липома*-чаще располагается в слепой и восходящей части ободочной кишки, проявляется гладко очерченным овоидным образованием, при двойном контрастировании может быть не видна. (характерно).























