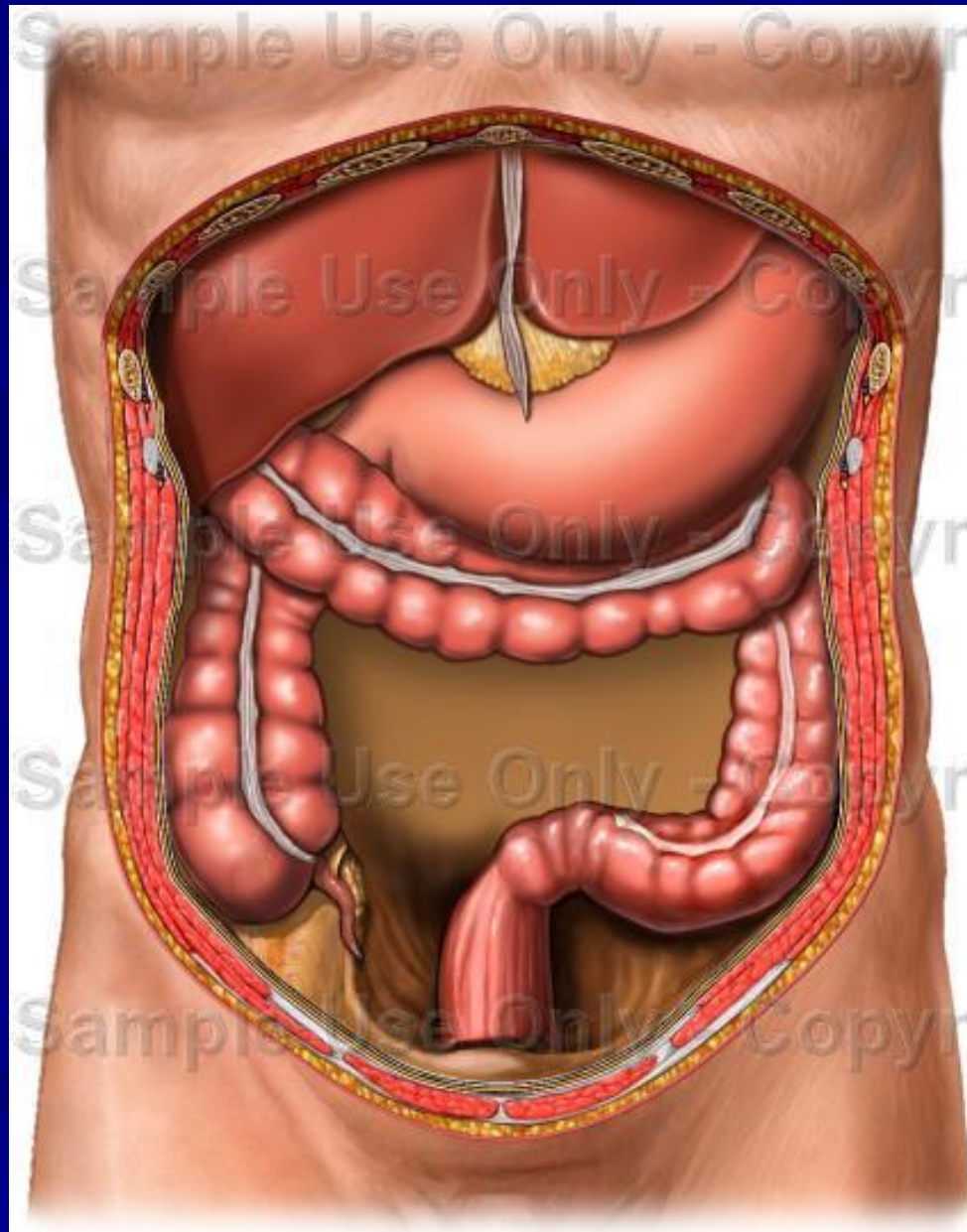


Диагностика заболеваний толстой кишки



Анатомия

Толстая кишка - конечный отдел пищеварительного тракта

5 сегментов (отделов) толстой кишки

- I - правая половина, включающая слепую кишку, восходящую кишку и печеночный изгиб
- II – поперечно-ободочная кишка, исключая печеночный и селезеночный изгибы
- III – левая половина, включающая селезеночный изгиб и нисходящую кишку
- IV – сигмовидный отдел
- V – прямая кишка

Слепая кишка

- Ширина от 6 до 12см (в среднем 7,5см),
- Длина 6-8см, зависит от конституциональных особенностей человека
- Гаустры слабо выражены, видны как крупные округлые выпячивания стенки, разнообразные по длиннику.
Чаще обнаруживаются 1-2 гигантские гаустры шириной 2,5-4см
- Освобожденная после тугого наполнения слепая кишка смещается на 2-3см вверх

Червеобразный отросток

начинается у медиальной или задне-медиальной стенки слепой кишки и находится **ретроцекально**

В 60% случаев отросток фиксирован, в 40% - мобилен.

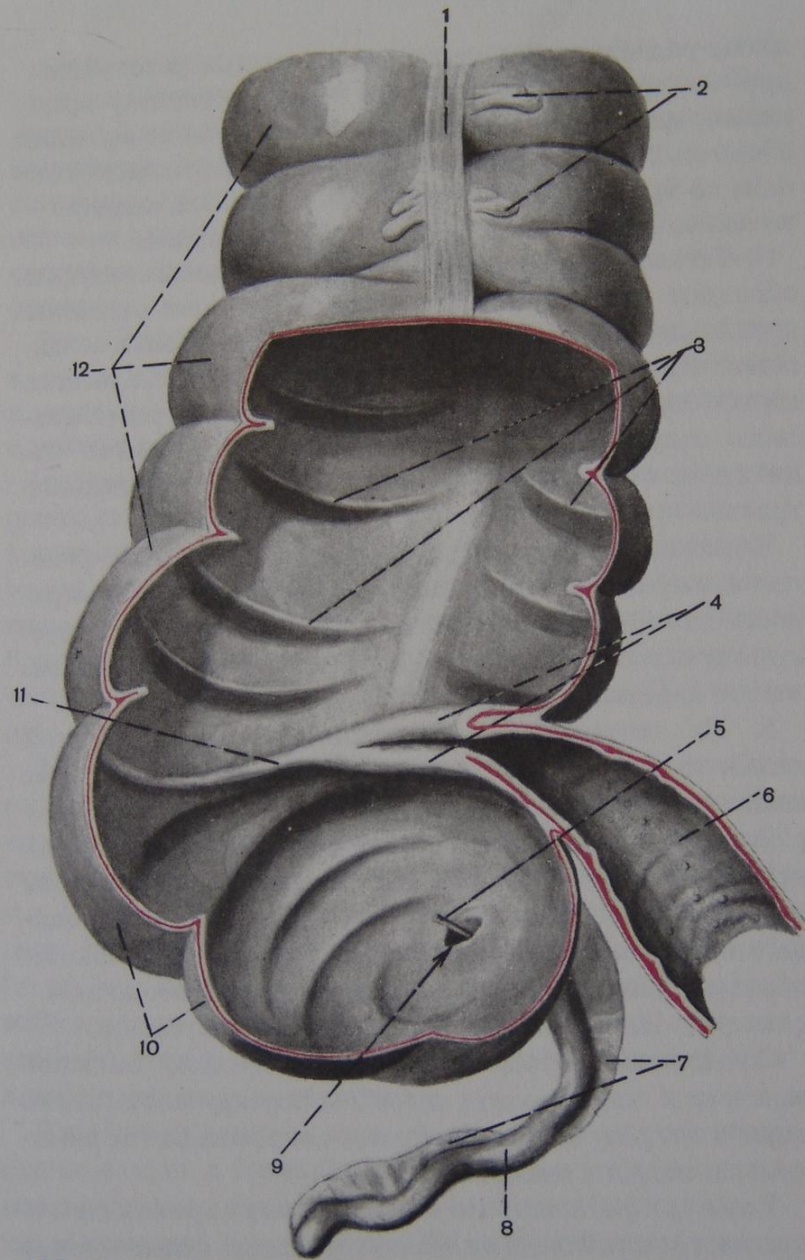
Контрастированный червеобразный отросток различной формы от прямой до крючкообразной, провисает вниз и свободно изменяет форму и положение при пальпации

Длина от 3 до 25 см, чаще – 7-12 см

Ширина на всем протяжении одинакова – в среднем 0,5 см

Илеоцекальный клапан расположен на стыке дистального конца подвздошной кишки с восходящей кишкой, на медиальной или задне-медиальной ее стенке. Это отверстие со стороны толстой кишки прикрывается, состоящей из двух губ верхней и нижней шириной 2-5мм.

Илеоцекальный переход – это рефлексогенная зона, реагирующая на патологию ЖКТ и других органов функциональными нарушениями, для определения которых нет достоверных диагностических критериев.



139.

Слепая кишка, червеобразный отросток и восходящая ободочная кишка; вид спереди ($1/1$).

Восходящая ободочная кишка

начинается сразу над илеоцекальным клапаном, в большинстве случаев на уровне L5

По правому краю задней брюшной стенки она направляется вертикально вверх до края печени, образуя правый изгиб на уровне L2-L3 и становится поперечно-ободочной кишкой

- Длина от 13 до 35см (в среднем 22см)
- Ширина кишки 5-10см
- Гаустр в среднем 10
- Расположена **мезоперитонеально**, не имеет брыжейки

Поперечная ободочная кишка

Начальный ее сегмент находится в правом подреберьи, затем направляется в подчревную и пупочную области и заканчивается в левом подреберьи, образуя левый или селезеночный изгиб, на уровне Th11-12

- Длина от 25 до 60см (в среднем 37см)
- Ширина 3-7см,
- Гаустры выражены хорошо
- Расположена **интраперитонеально**
- Наиболее вариабельный отдел толстой кишки по величине и форме, имеет брыжейку

Типы положения поперечной ободочной кишки в брюшной полости

- 1) **подковообразный** – кишка без четких перегибов образует дугу, обращенную выпуклостью кверху (чаще у мужчин молодого и среднего возраста с широкой апертурой грудной клетки);
- 2) **V – образный тип** – середина кишки резко провисает книзу в виде дуги или гирлянды с тупым или острым углом, обращенным вершиной к лобку, иногда вершина угла определяется у малого таза (чаще у женщин с узкой нижней апертурой грудной клетки и большим расстоянием между реберным углом и лонным сочленением);
- 3) **поперечный или косопоперечный тип** – небольшое провисание кишки вниз (чаще у астеников)
- 4) **выраженный косой тип** – с тупым печеночным и острым селезеночным углом (выявляется редко)

Нисходящая ободочная кишка

находится в левой боковой области живота, начинается от селезеночного изгиба и почти прямолинейно направляется вниз по задней брюшной стенке в левую подвздошную ямку

- Средняя длина 25-30см
- Ширина 3,5см
- Гаустры более плоские
- Расположена **мезоперитонеально**,
- Смещаемость ее ничтожна,
- Вариабельность небольшая

Сигмовидная кишка

локализуется в левой подвздошной и лобковой областях и делится на подвздошную и тазовую. На уровне S1-2 она становится началом прямой кишки.

- Расположена **интраперитонеально**,
- Обладает значительной подвижностью
- Общая длина в среднем 26см

В зависимости от ее длины выделяют несколько типов кишки: короткую (до 20см), среднюю (до 40см), длинную (до 60см) и сверхдлинную (свыше 60см).

Прямая кишка

самый дистальный отдел кишечника – начинается на уровне S2-3 и заканчивается анальным отверстием

Длина прямой кишки 12-18см, выделяют три части:

- ректосигмоидный переход 3-4см
- ампулярная 9-12см и
- анальная –2,5-4см
- ректосигмоидальная и ампулярная части до середины ампулы расположены **мезаперитонеально**.

Здесь брюшина образует ямку или карман Дугласа

Структурные особенности стенки толстой кишки

- Стенка кишки толщиной 1-1,5мм, состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек
- Тип складок слизистой оболочки тесно связан с функцией различных отделов кишки
- Направление и калибр складок нередко изменяются в процессе сокращений кишки

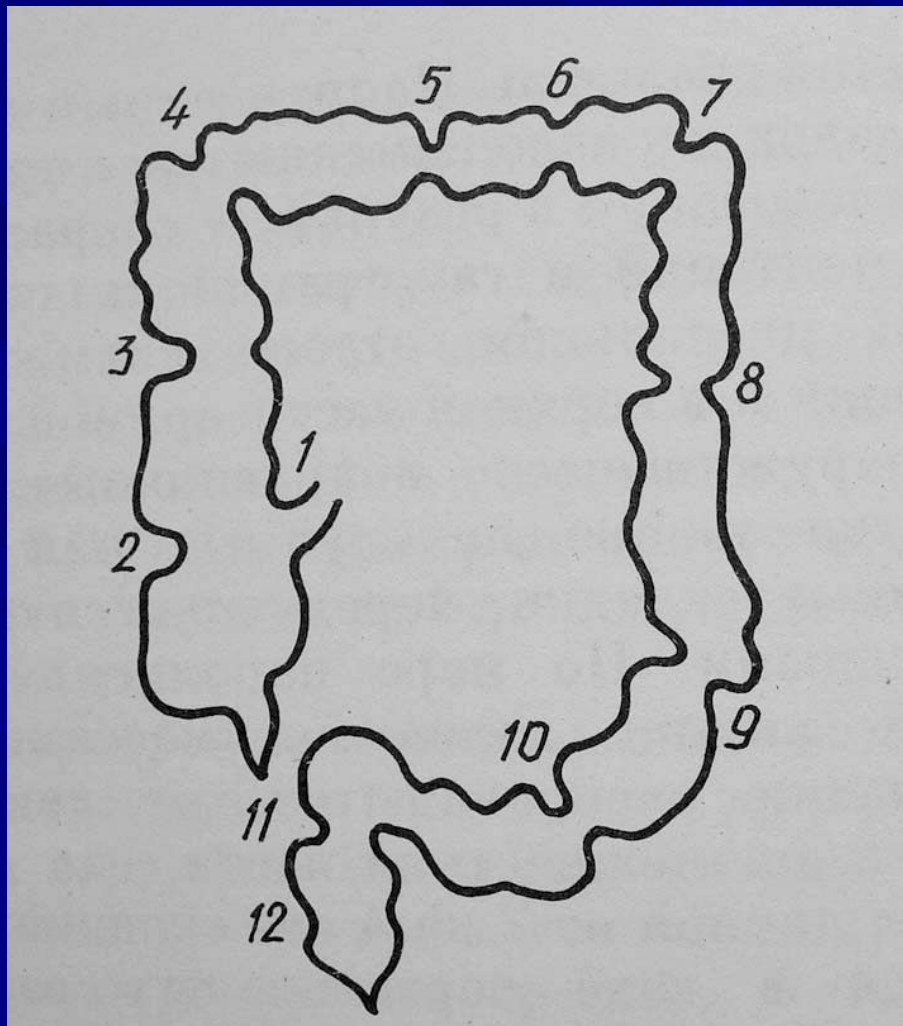
Три особенности ободочной кишки:

1 - **мышечные ленты** – волокна в виде трех параллельных полос шириной 1см

2- неравномерное распределение кругового мышечного слоя и выпячивания - **гаустр**, между которыми внутренние мышечные волокна более развиты.

3- вдоль ободочной кишки на границах различных сегментов возникают **сфинктеры**, в которых круговой мышечный слой более мощный.

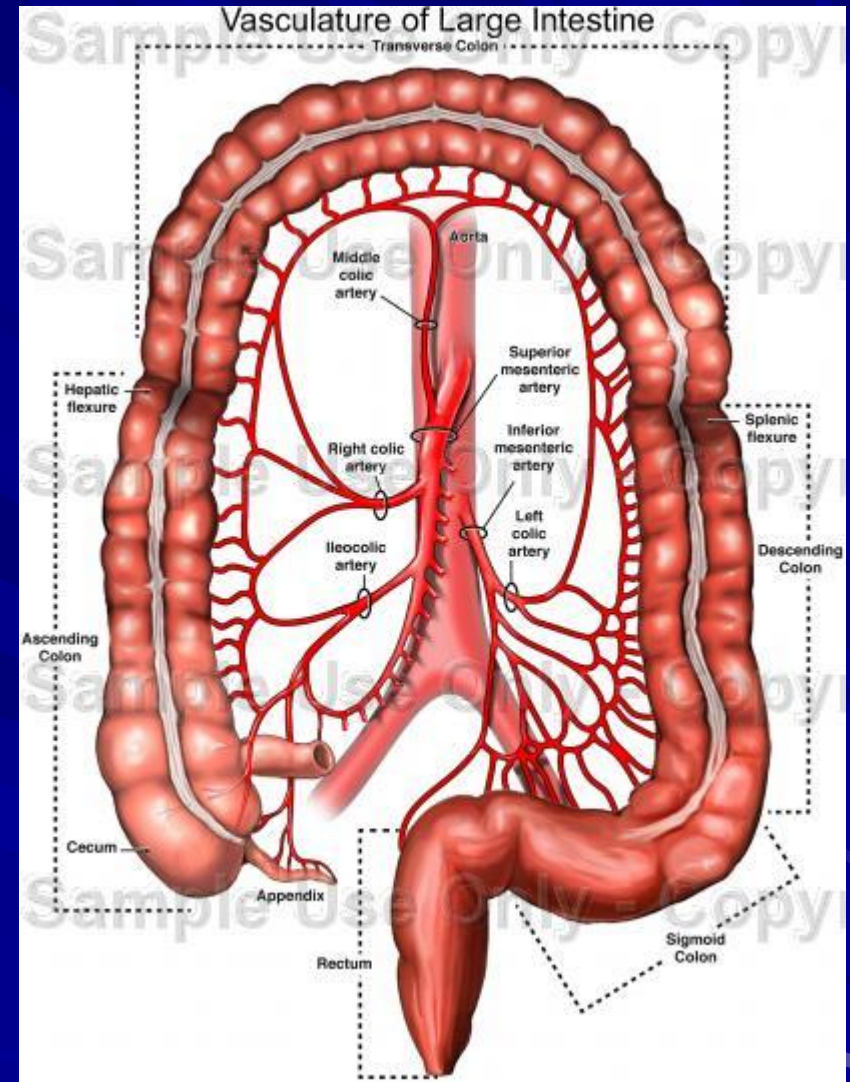
Они заметны во время сокращения мускулатуры



Все сфинктеры на одной рентгенограмме никогда не выявляются, у одного больного чаще обнаруживается три (3,4,11), реже – пять сфинктеров

Кровоснабжение ТОЛСТОЙ кишки

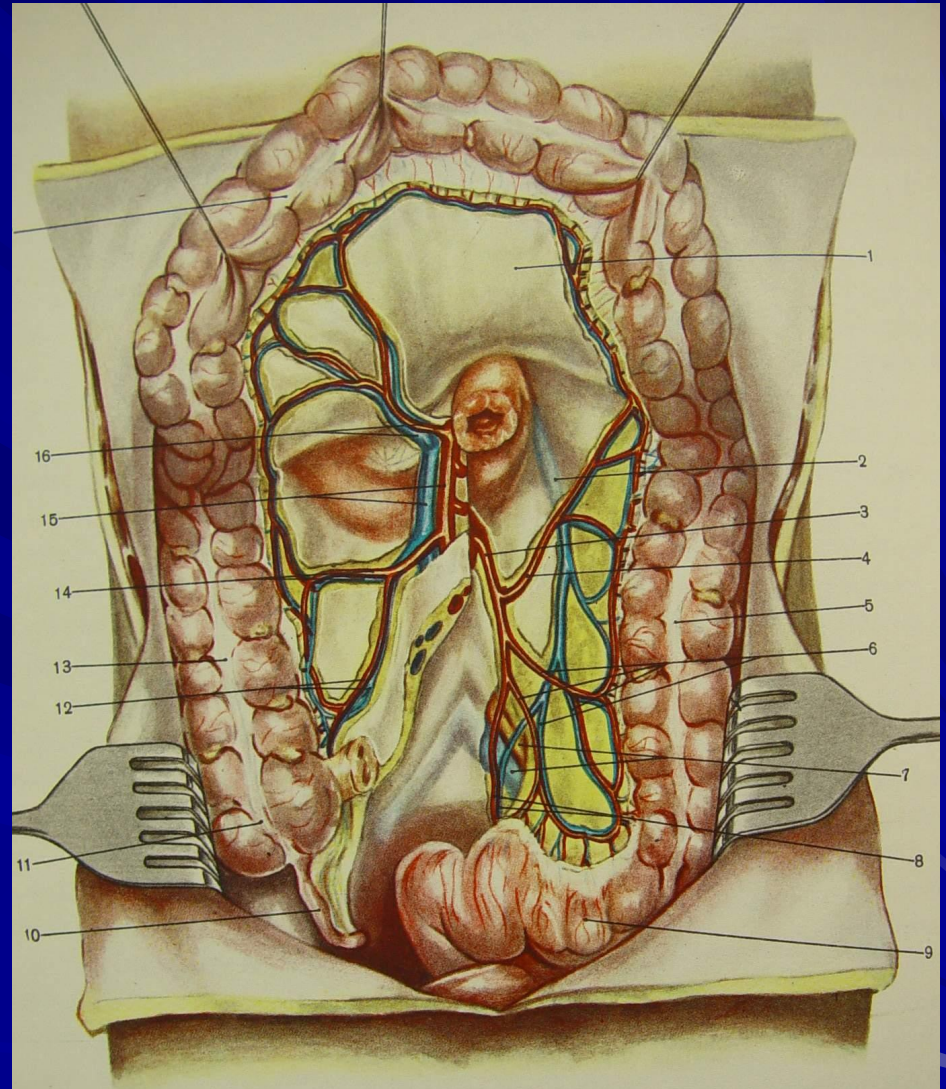
- брюшная аорта,
- система верхней и нижней брыжеечных артерий, отходящих от брюшной аорты на уровне L1, L3.



Вены

ободочной кишки
сопровождает
одноименные артерии и
являются притоками
воротной вены

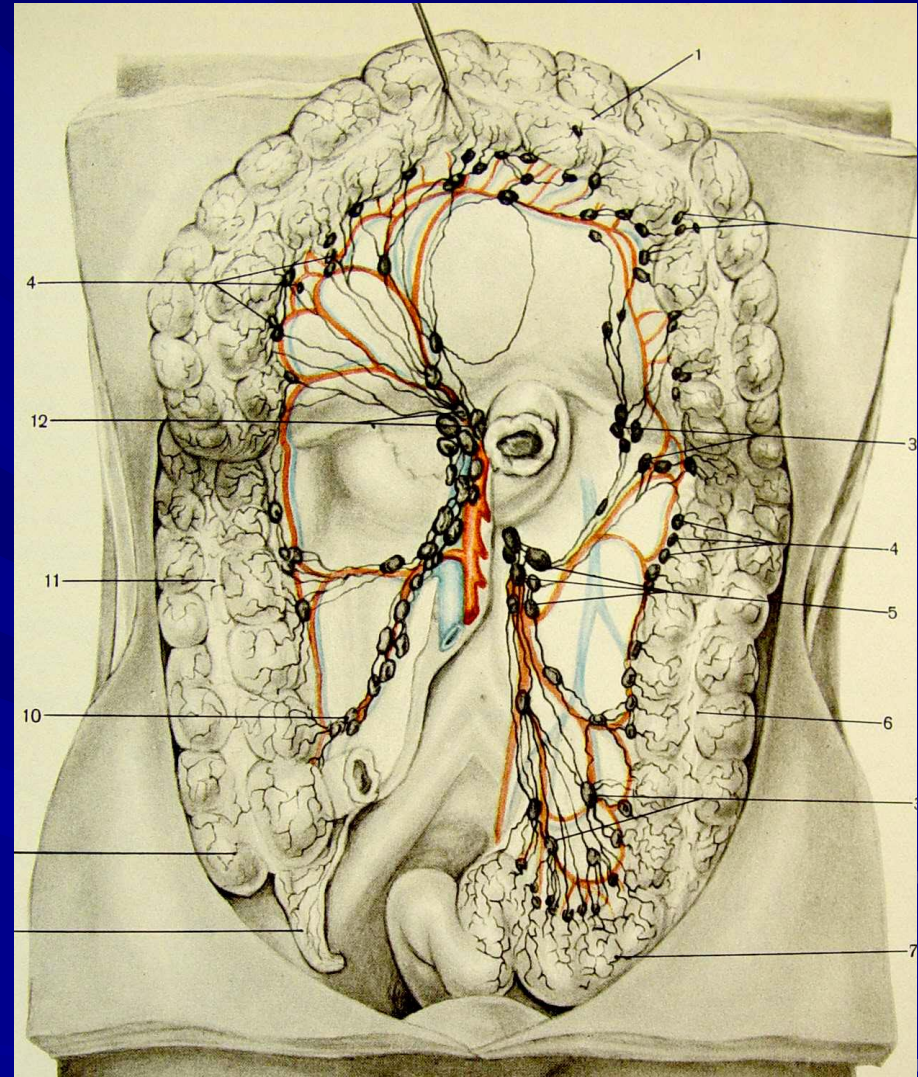
ободочной кишки
сопровождают
одноименные артерии и
являются **притоками**
воротной вены



Лимфатическая система

Лимфоотток

- в регионарные лимфоузлы,
- в главные — в корне брыжейки кишки и у нижней полой вены



Методы визуализации

- I. Обзорная бесконтрастная рентгенография
- II. Классическая ирригоскопия три этапа:
«тугое» наполнение, изучение рельефа
после опорожнения, двойное
контрастирование
- III. Одномоментное двойное контрастное
исследование с бариевой клизмой
- IV. Пневмоколонография

Подготовка

1. **Медикаментозная:** фортранс – изоосмотический раствор полиэтиленгликоля и электролитов, при пероральном приеме достигается эффективный лаваж без развития электролитных нарушений и побочных явлений.
2. **Медикаментозно-клизменная:** двух-трех суточная бесшлаковая диета с приемом большого количества жидкости (до 2-3литров в сутки), прием днем накануне исследования масляного слабительного (40,0-50,0 мл касторового масла), вечером за день и утром за два часа до исследования две очистительных клизмы на 1,5-2литра воды каждая с интервалом 30-40минут.

Требования к контрастной взвеси для исследования в условиях ПДК : высокая оптическая плотность, низкая вязкость, хорошая адгезивность и т.д.

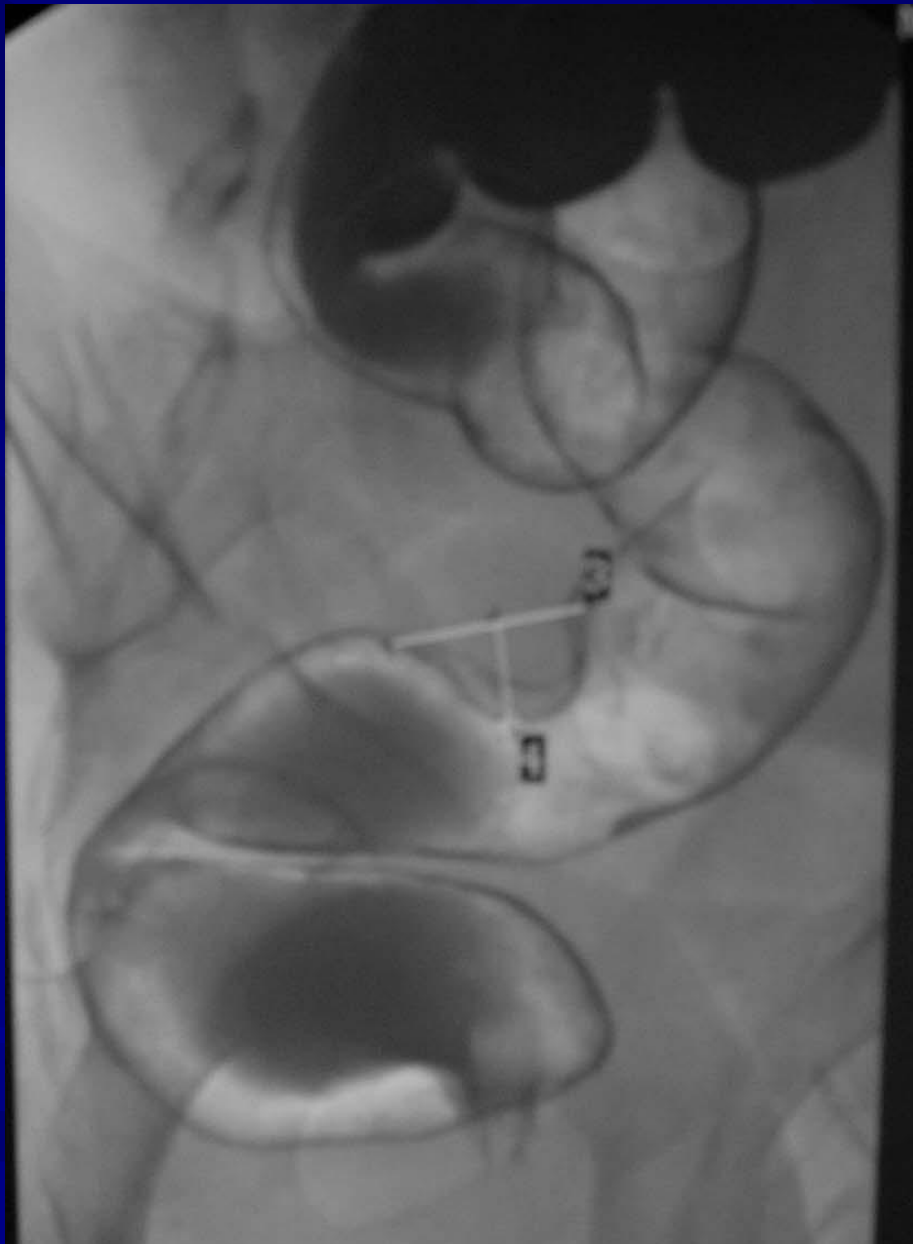
- Требуемым условиям отвечает следующий состав: **на 100,0мл воды 200,0 г сульфата бария и 1,0г цитрата натрия**. Высокую степень измельчения и дисперсности такой взвеси обеспечивают смешением **на миксере «Варонеж» (8000-9000об/сек)** в течение 6-8минут.
- Общее количество взвеси **на одно исследование -250,0-300,0 мл.**
- Для оптимизации всего процесса и улучшения его результатов необходимо предварительное **подогревание взвеси до 37°С.**

МЕТОДИКА (школа М.Г.Виннера)



В положении на левом боку закачивают 150-200,0 контраста до селезеночного угла.

1-й снимок — ректо-сигмоидный угол на левом боку при тугом заполнении (24х30)



МЕТОДИКА (школа М.Г. Виннера)

Переворачиваем больного на живот, опускаем головной конец и переворачиваем на правый бок, чтобы барий дошел до печеночного угла.

Затем переводим стол в горизонтальное положение, больной на правом боку, начинаем раздувать кишку воздухом

2-й снимок – ректо-сигмоидный угол при двойном контрастировании (24х30)



МЕТОДИКА (школа М.Г. Виннера)

3-й снимок — у стойки на правом боку, животом к кассете (30x40)



МЕТОДИКА (школа М.Г. Виннера)

4-й снимок — у стойки на левом боку, животом к кассете (30x40)



МЕТОДИКА (школа М.Г. Виннера)

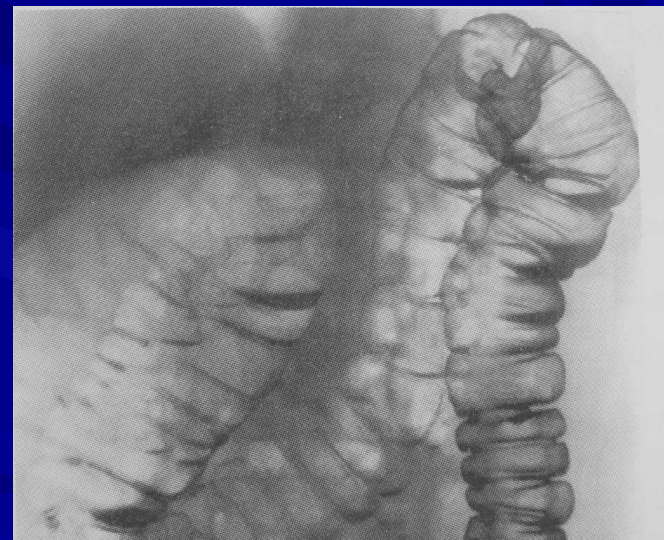
5-й снимок — у стойки стоя
(30x40)

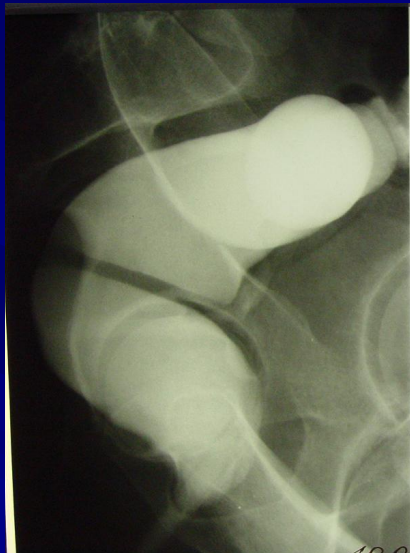
Стандартизированная программа

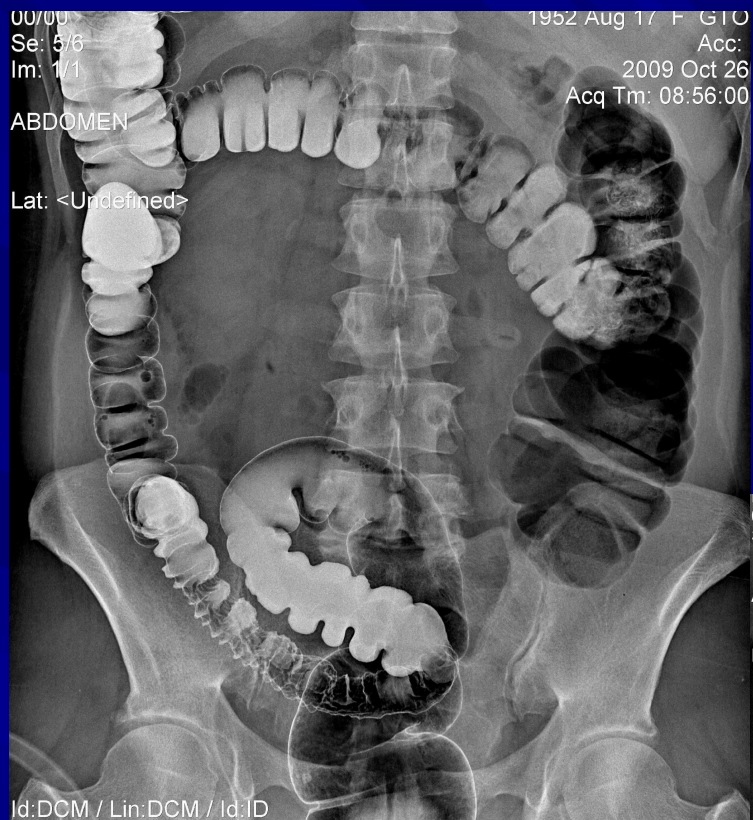
проведения ПДК на обычных рентгенодиагностических аппаратах (МОНИКИ, Л.М.Портной), размер пленки 24x30 :

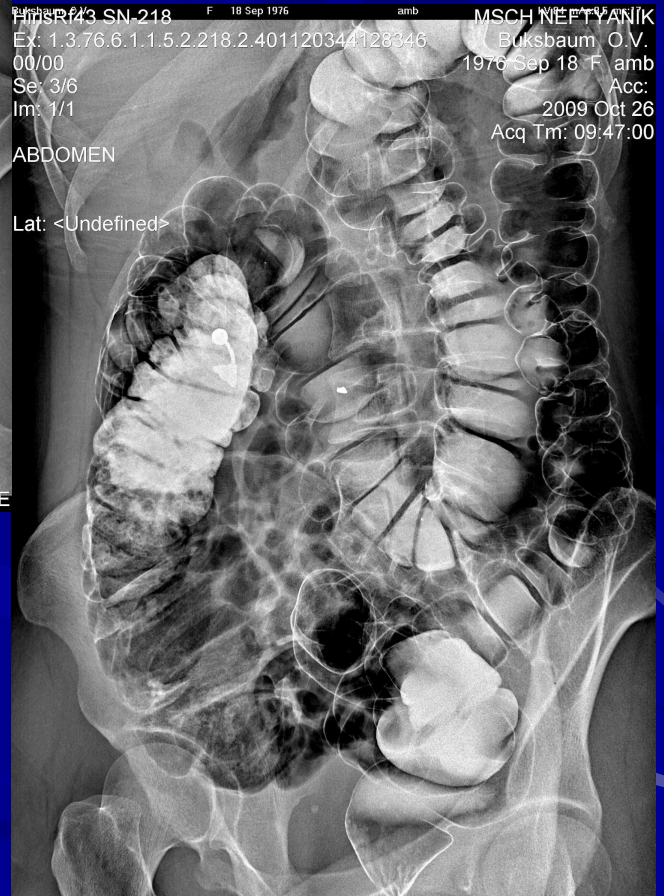
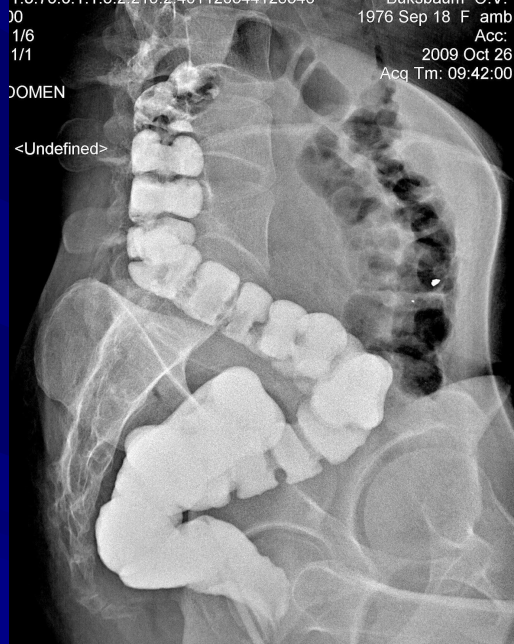
- 1.передняя прямая** (для изучения слепой и проксимальной части восходящей кишки)
- 2.левая боковая** (для изучения состояния прямой и дистальной части сигмовидной кишки)
- 3.правая передняя косая проекция** (для визуализации средней и проксимальной части сигмовидной и дистальной части нисходящей ободочной кишки)
- 4.левая передняя косая проекция** (для изучения левой половины поперечной, селезеночного изгиба и проксимальной части нисходящей ободочной кишки)
- 5.правая передняя косая** – для изучения дистальной части восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба и правой половины поперечной ободочной кишки

Методика ПДК толстой кишки









L.I. 47

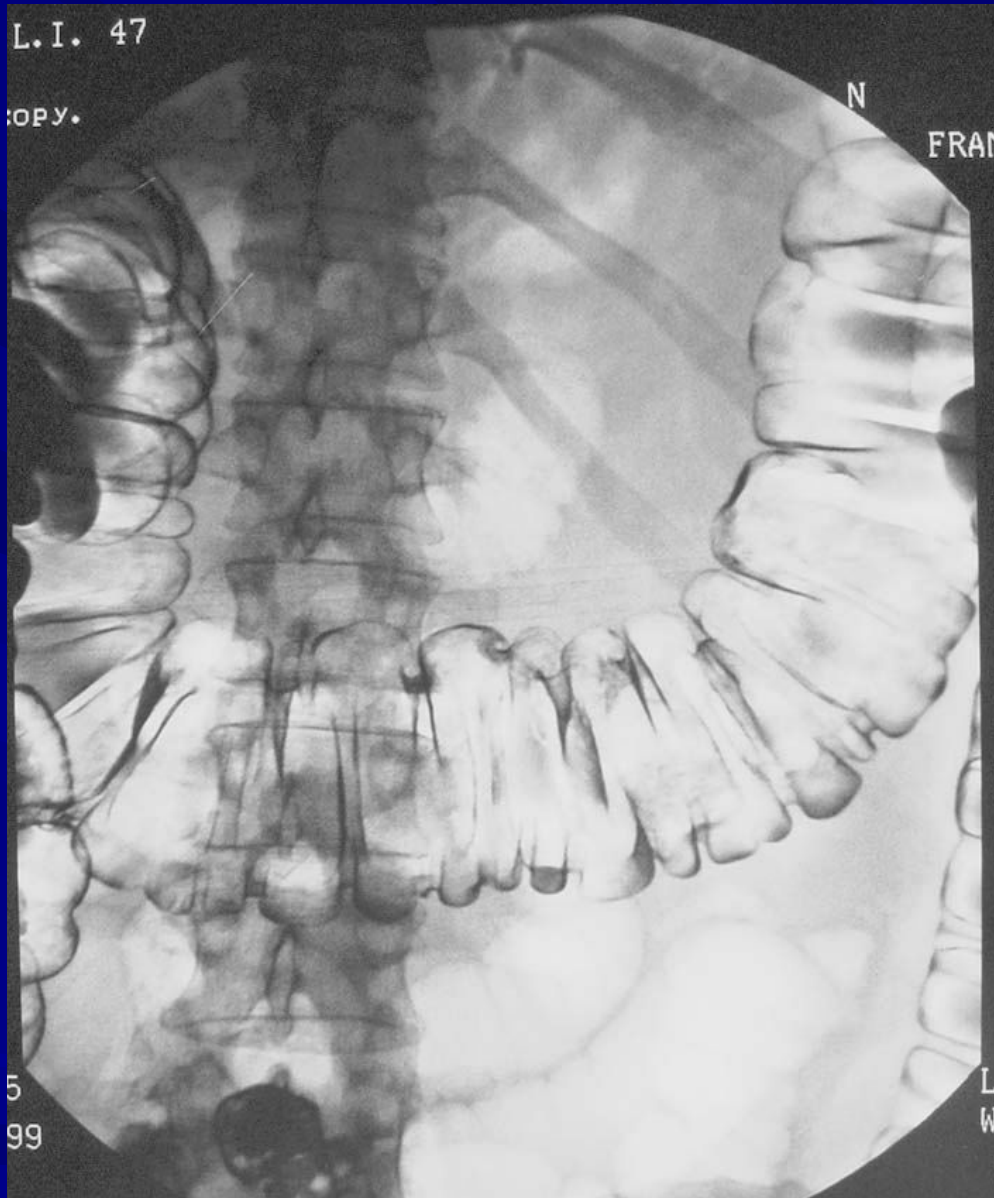
copy.

N

FRAM

5
99

L
W



Болезни, при которых ОДК противопоказано, или опасно:

- НЯК
- послеоперационные осложнения
- кишечные свищи
- больной стар, подвижность его ограничена
- тяжелое соматическое состояние

Медикаментозная релаксация толстой кишки

многими исследователями рассматривается как одно из важнейших условий ее рентгенологического исследования с помощью ОДК

Кроме снятия функционального спастического компонента, она облегчает контрастирование правых отделов кишки. Для этой цели используются 2-3 таблетки аэрона, 0,1%-1,0 раствора сульфата атропина п/к за 20-30 минут до исследования

Причины неудач

1. Плохая подготовка пациента
2. Редкое использование исследований и отсутствие навыка врача
3. Методика более трудна для освоения и вначале 1/3 исследований заканчиваются неудачей
4. Не применяется у тяжелых пациентов и лиц старческого возраста

Методика, активно используемая в 40-50-х годах, - пассаж бариевой взвеси по толстой кишке — в настоящее время должна быть исключена из диагностического арсенала при исследованиях больных с любой патологией в толстой кишке как неинформативная, а в некоторых случаях и вредная

Дивертикулы толстой кишки

Обнаруживаются у людей старше 50 лет в 30-50% случаев

Локализация:

- чаще всего в сигмовидной кишке и дистальной части нисходящей кишки
- в 10% дивертикулы располагаются только в восходящей,
- в 17% - они распространены по всей ободочной кишке
- В дистальных отделах толстой кишки дивертикулы, как правило, множественные
- Одиночные дивертикулы характерны для слепой и восходящей кишок
- В прямой кишке дивертикулы не встречаются

Термин «дивертикулез» применяется при отсутствии клинических проявлений множественных дивертикулов

«Дивертикулярная болезнь» и «дивертикулит» - при присоединении клинических симптомов и воспалительных процессов (повышение температуры, лейкоцитоз, боли в животе, метеоризм, диспептические явления, могут быть кровотечения и абсцессы)

Р-картина дивертикула

- округлые или овальные (одиночные или множественные) выбухания стенки кишки с плавными четкими контрами
- размеры от 0,3 – 0,5мм до 3см (длинник, в большинстве случаев, больше поперечника)

Р-картина дивертикулита:

- контуры зазубрены и нечеткие
- дивертикулы долго не опорожняются от контрастной массы (сутки и более)
- пораженный отдел толстой кишки спазмирован
- гаустры деформированы с нечеткими контурами
- рельеф слизистой оболочки грубый, складки отечные при пальпации болезненность



Множественные дивертикулы нисходящей ободочной кишки

нирочова Е.А. 02

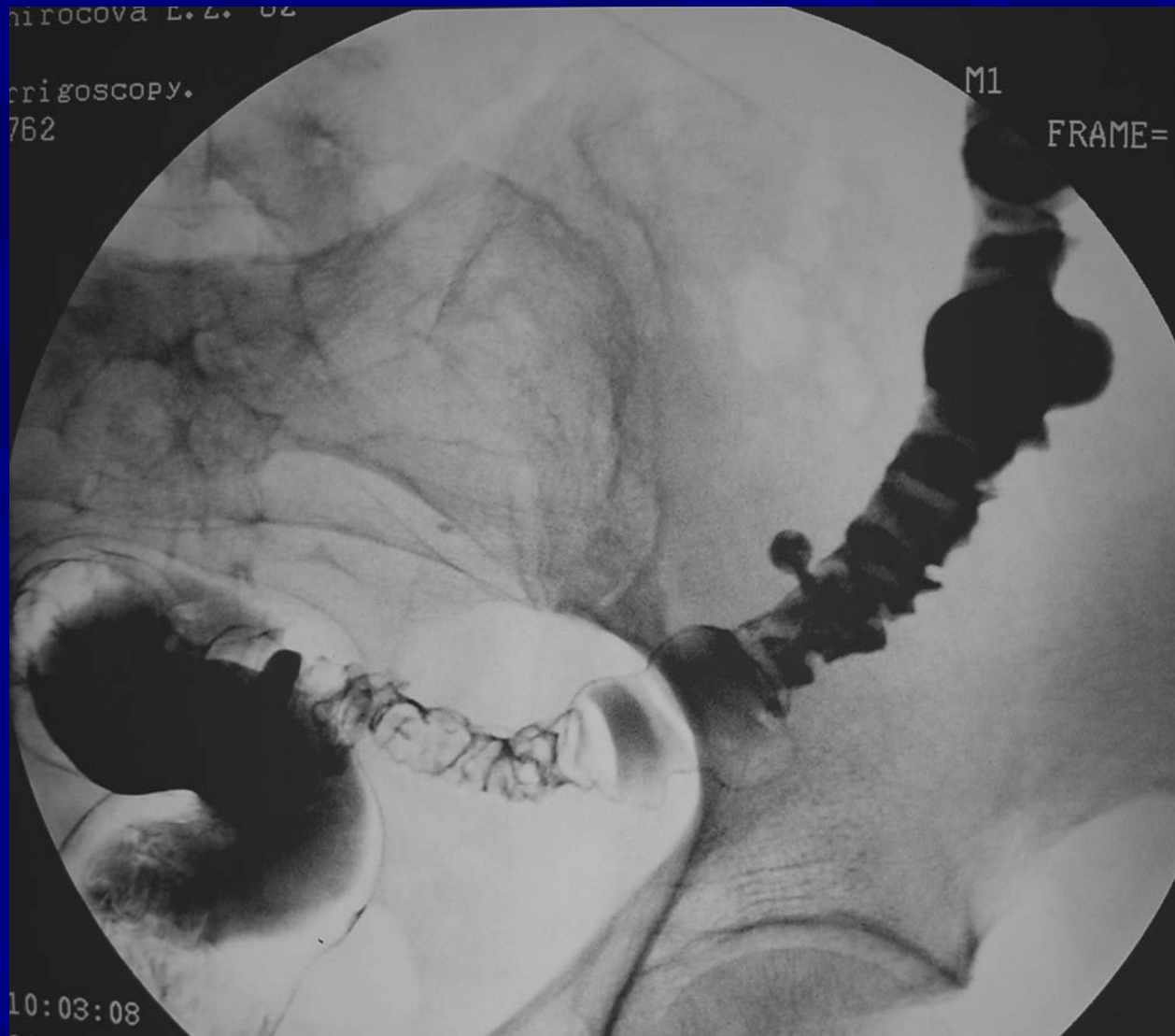
ригоскоpy.

762

M1

FRAME=

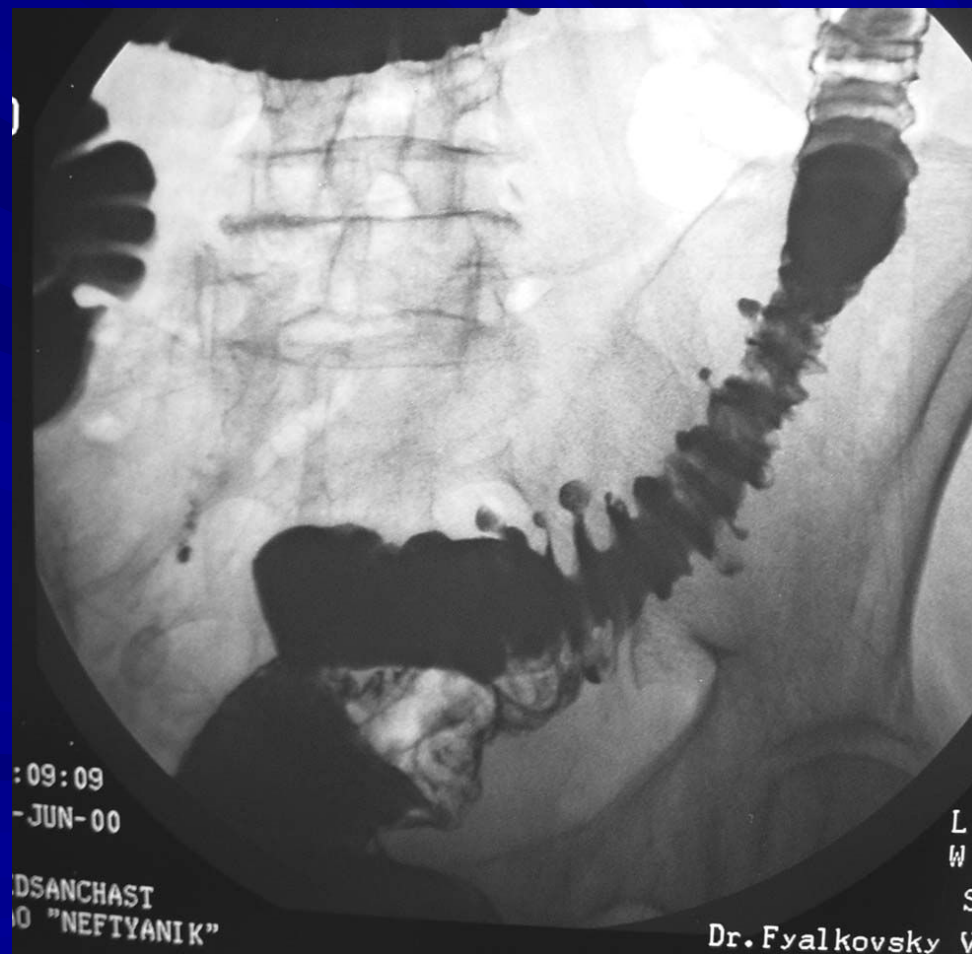
10:03:08



Одиночный дивертикул сигмовидной
кишки



Множественные дивертикулы
сигмовидной кишки





Множественные дивертикулы поперечноободочной и
сигмовидной кишок

Неспецифический язвенный колит (НЯК)-

геморрагически-гнойное, некротическое неспецифическое воспаление прямой и ободочной кишок

Этиология недостаточно изучена

Первоначально изменяется прямая кишка (70-97,6% случаев)

В дальнейшем процесс распространяется на вышележащие отделы толстой кишки, постепенно вовлекается вся кишка

Формы НЯК

- Острая
- Хроническая, непрерывно текущая
- Хроническая рецидивирующая

Морфология

Воспалительный процесс распространяется от слизистой оболочки к мышечной и серозной оболочкам

Вскоре появляются единичные, а затем **множественные эрозии**, мелкие изъязвления. **Язвы** часто поверхностные, обычно не глубже толщины слизистого слоя

Вследствие прогрессирования воспаления, слизистая оболочка становится резко гиперемированной, покрывается **большим количеством слизи**

Очаги изъязвлений чередуются с участками рубцевания, отмечается избыточное разрастание эпителия и образуются **псевдополипы**

В результате отека и фиброзных изменений всех слоев кишки утолщается и уплотняется ее стенка, **кишка суживается и укорачивается**

У больных со злокачественным скоротечным течением заболевания вследствие разрушения мышечного слоя возможны **перфорация кишечной стенки и дилатация кишки**

Клиника зависит от тяжести процесса и его локализации. Они складываются из

- симптомов колита
- потери крови
- нарушения усвояемости пищи
- интоксикации

Ремиссия иногда длится годами и даже десятилетиями, но полной репарацией слизистой не сопровождается

Хроническое течение нередко сменяется острым или молниеносным обострением

Одна из характерных черт болезни - частые осложнения, которые в итоге становятся смертельными

Р-картина при острой форме НЯК:

- Сглаженность гаустр или отсутствие гаустрации
- Локальные сужения
- Мелкозубчатый характер контура
- Двойной контур кишки
- Деформация складок слизистой оболочки
- Псевдополипоз
- Токсическая дилатация кишки

Осложнения НЯК

Токсическая дилатация (3-25%)

Ведущий метод диагностики – обзорная рентгенография брюшной полости. Увеличение просвета кишки зависит от состояния стенки

При хроническом течении с выраженным склерозом подслизистого и мышечного слоев, растяжение, как правило, незначительное

При острой молниеносной форме заболевания величина просвета может достигать 15-18см

Иногда отмечается чередование растянутых и относительно узких участков кишки

Токсическая дилатация

Степени расширения толстой кишки при токсической дилатации:

1 степень – до 8-10см

2 степень - более 8-10см

При первой степени расширения лечебного эффекта часто удается достигнуть консервативными средствами, при второй степени – прибегают к хирургическому лечению.

Перфорация стенки кишки развивается у больных с тяжелым течением тотального колита, особенно при токсической дилатации толстой кишки

Перфорация определяется по свободному скоплению газа под куполом диафрагмы

У всех пациентов при этом развивается ограниченный или разлитой перитонит (Р-картина: растяжение тонкой и толстой кишок на всем протяжении, вздутие желудка, утолщение брыжеечной стенки кишечника за счет отека ее и самой брыжейки, раздвигание петель тонкой кишки свободной жидкостью в брюшной полости)

Свищи (около 25%) чаще локализуются в правой половине толстой кишки

При их локализации на задней стенке свищевой ход как правило проникает в забрюшинное пространство, где формируется гнойная полость (УЗИ, КТ)

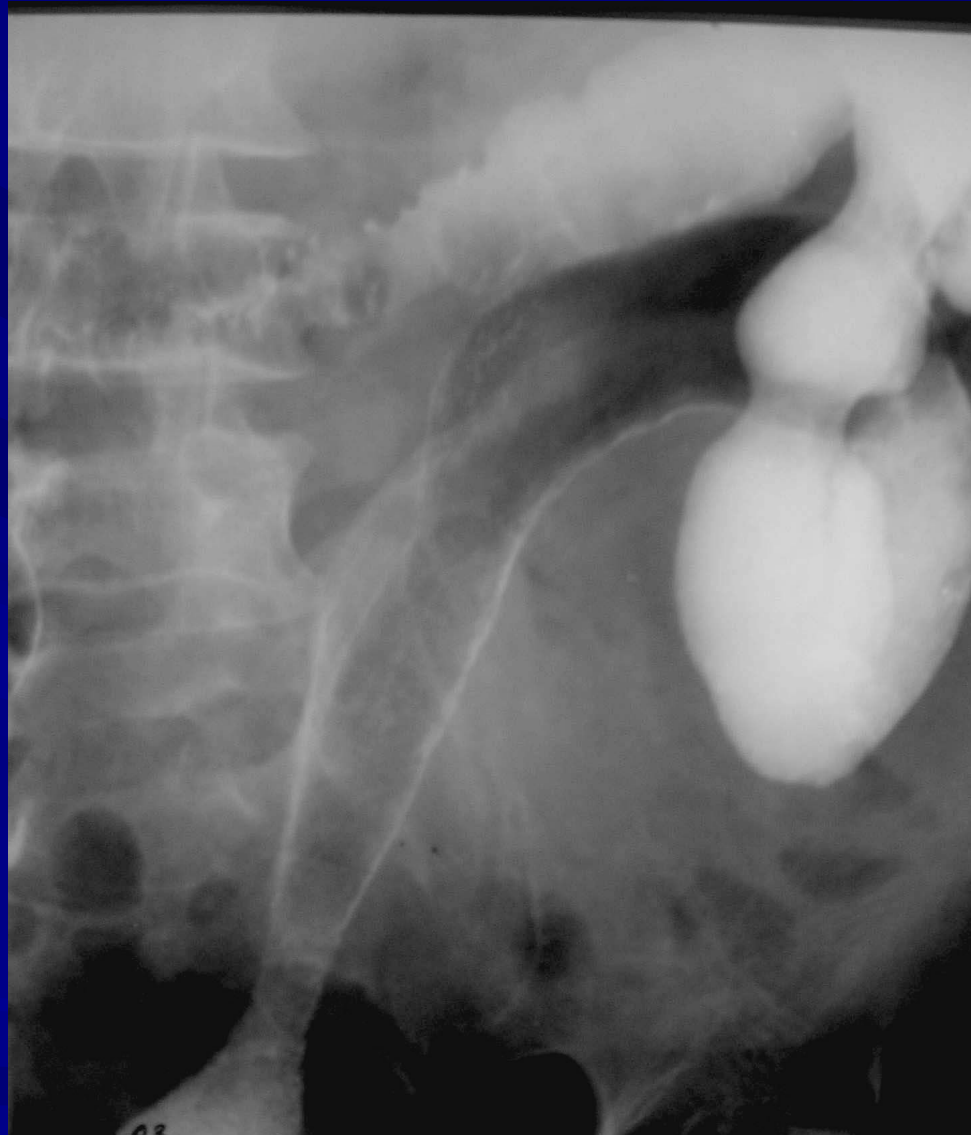
Околокишечный абсцесс выявляется при рентгенологическом исследовании (смещение петель, деформация контура), УЗИ, КТ

Осложнение НЯК в виде рака встречается в 0,8-10% случаев

Некоторые авторы указывают, что риск возникновения рака у больных НЯК в 5-7 раз выше, чем в общей популяции



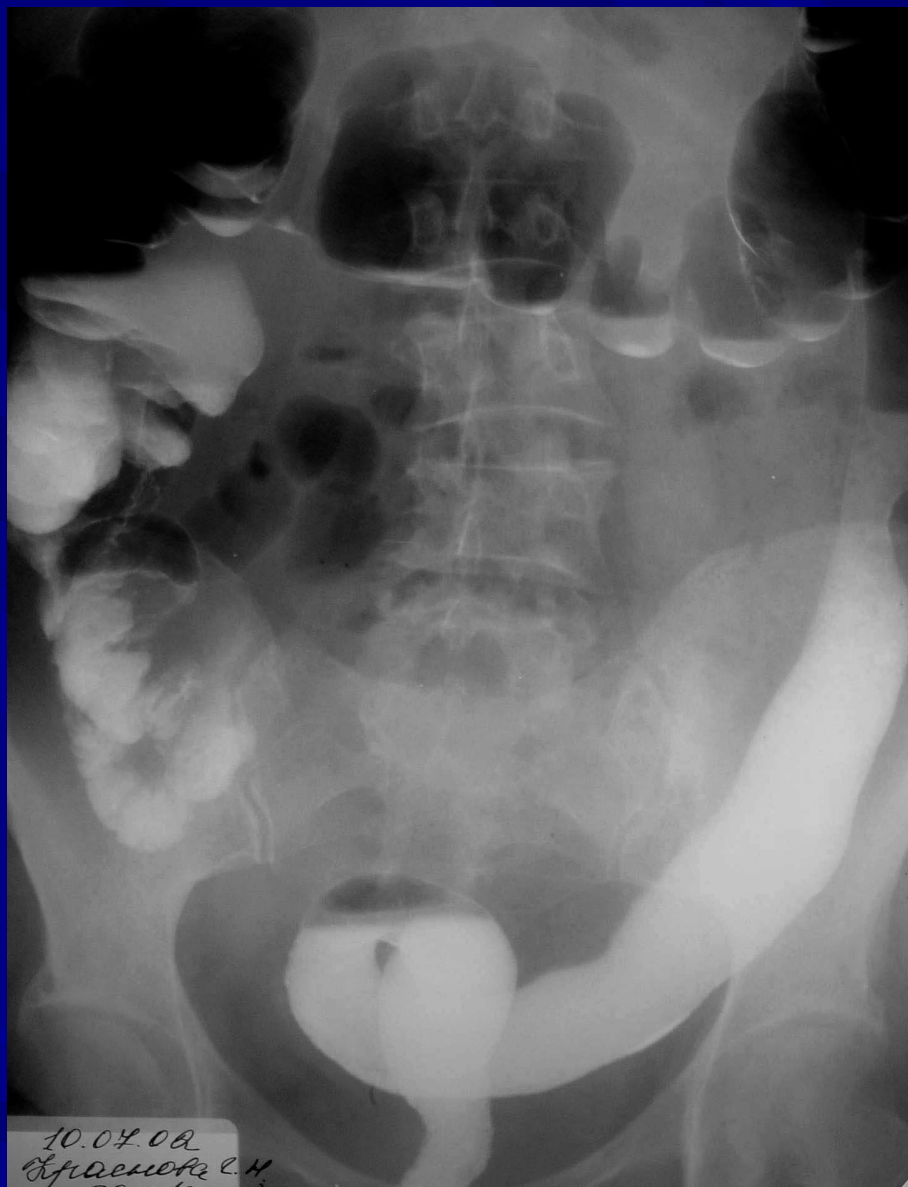
НЯК. Тотальное поражение толстой кишки



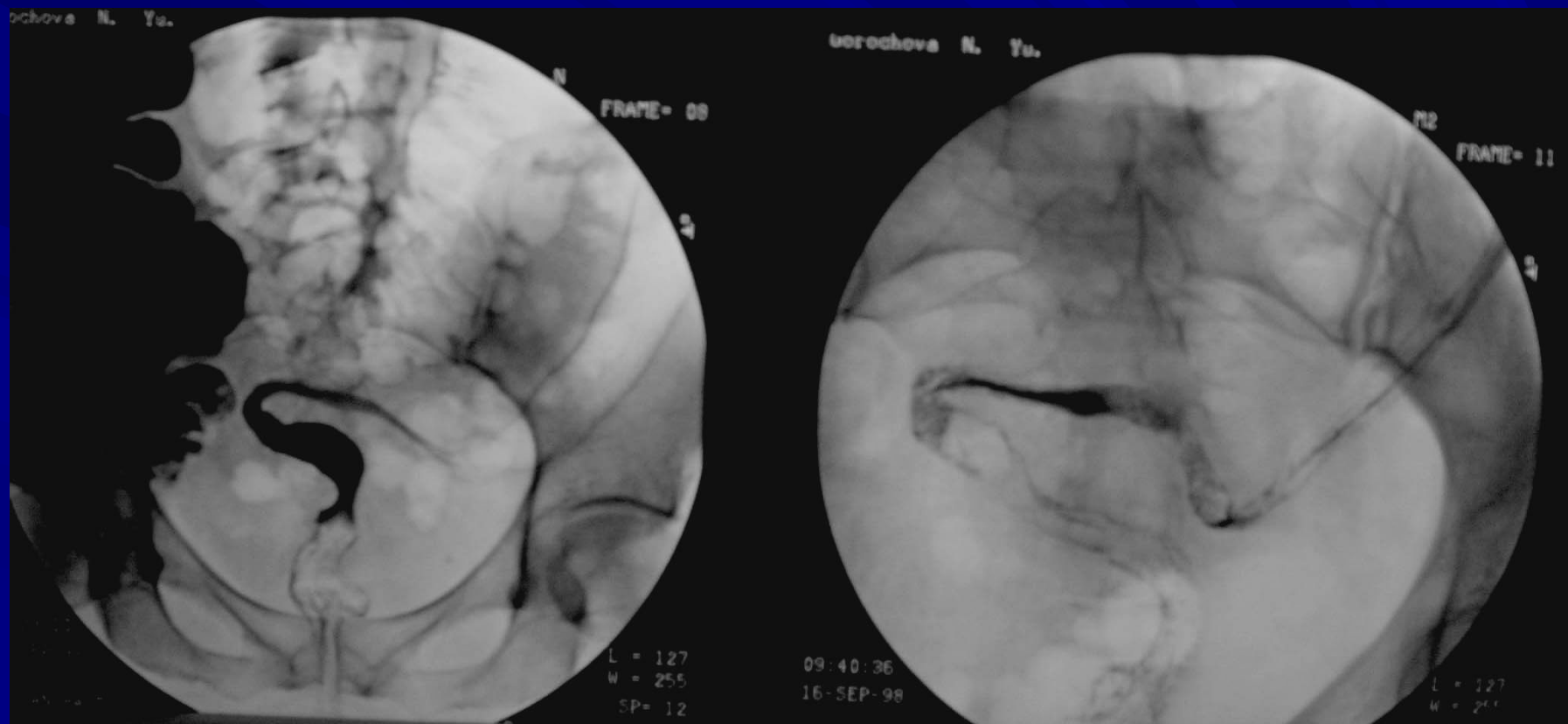
НЯК. Поражение прямой и сигмовидной
кишок



НЯК. Поражение дистальных отделов нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишок

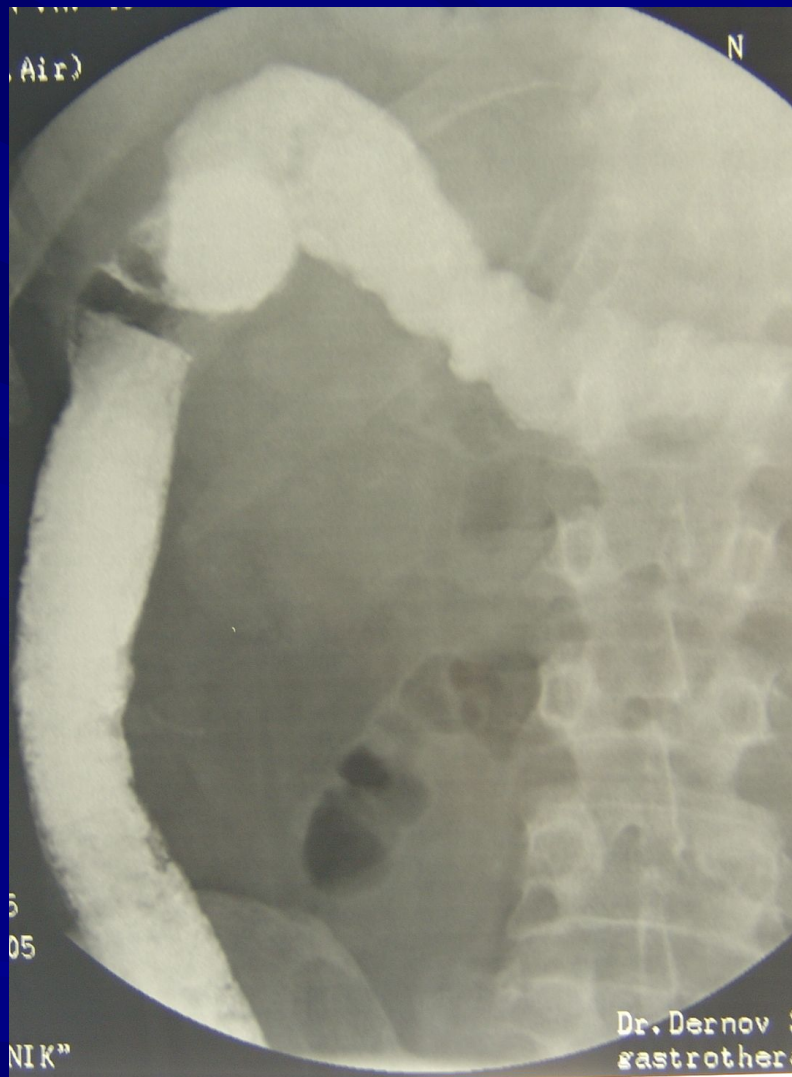


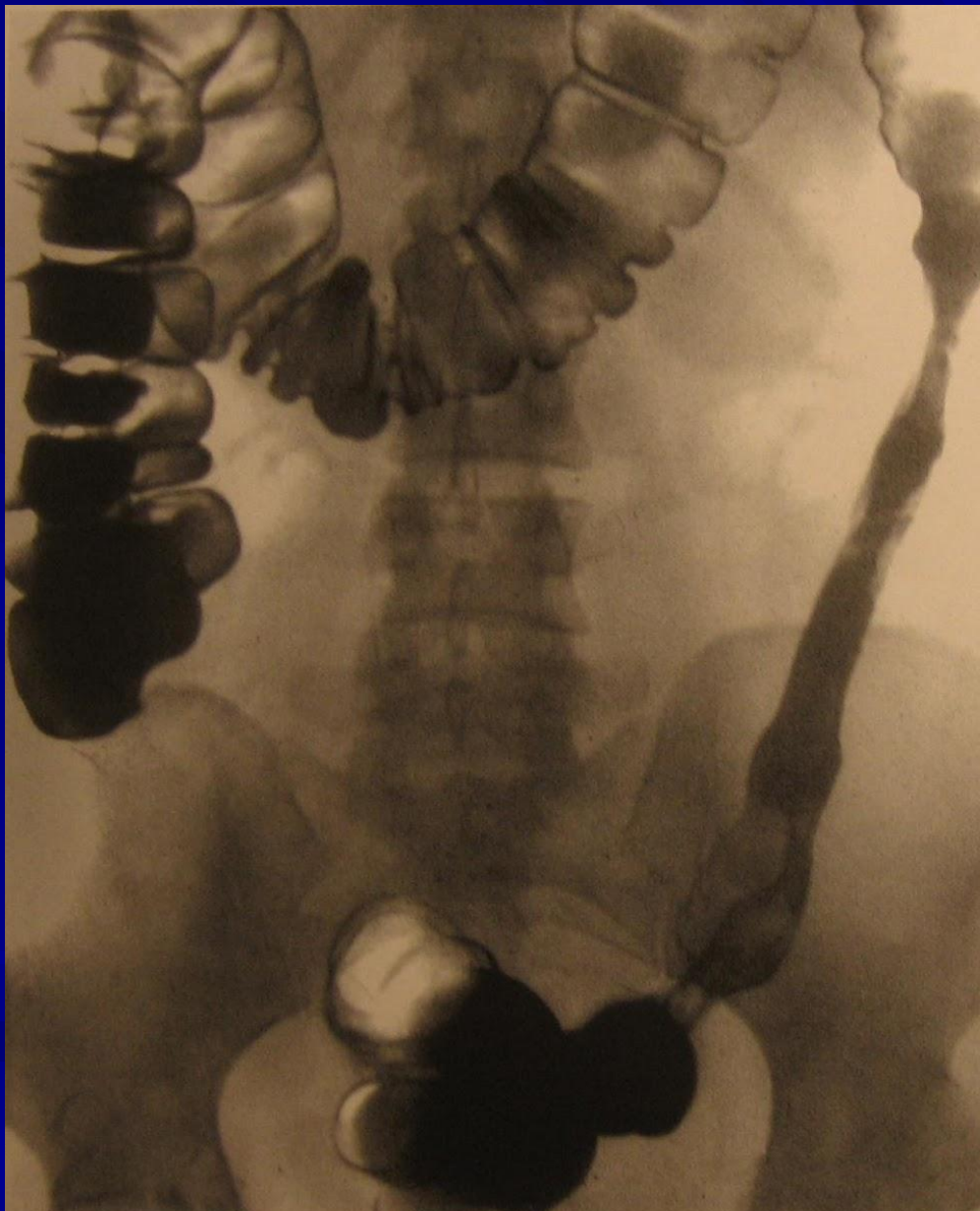
НЯК. Поражение дистальных отделов нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишок

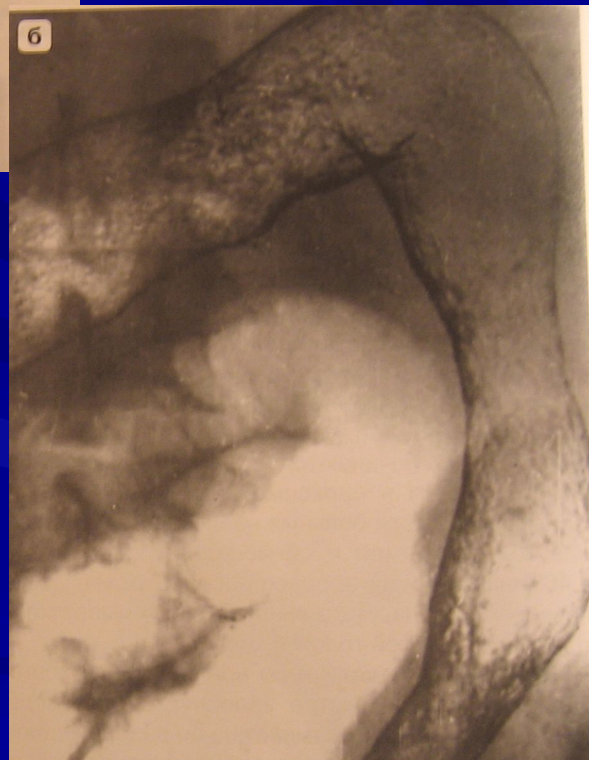


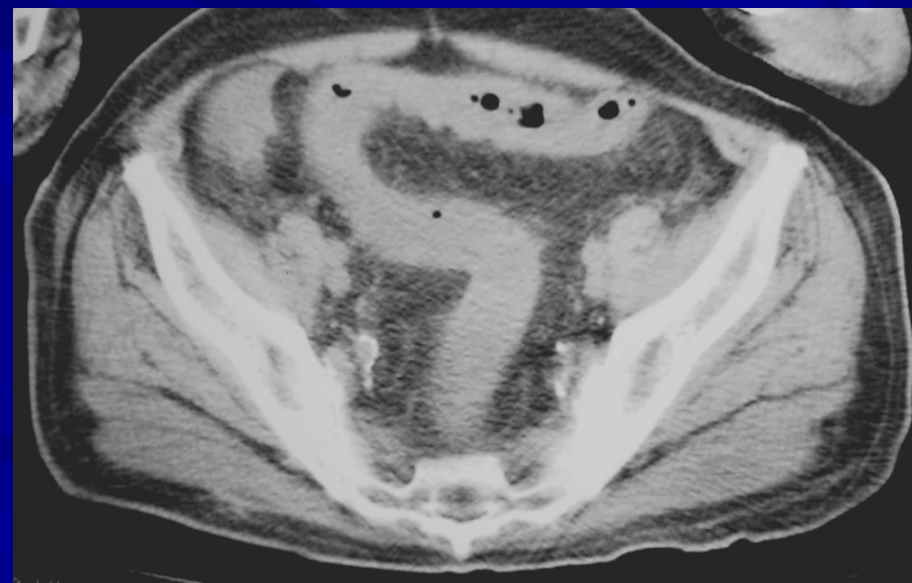
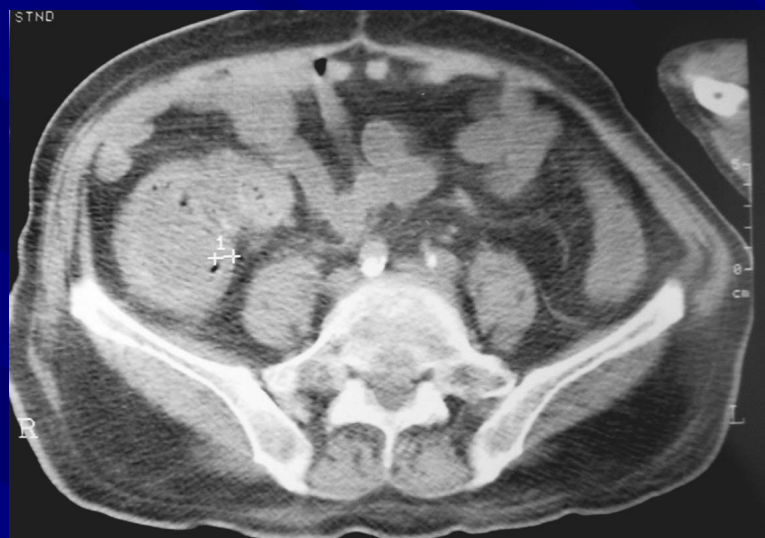
НЯК. Поражение прямой и сигмовидной кишок

НЯК









КТ. НЯК. Тотальное поражение толстой кишки.

Болезнь Крона (гранулематозный колит)

-хроническое заболевание, характеризуется выраженной воспалительной инфильтрацией, отеком всех слоев стенки кишки и возникновением изъязвлений, которые имеют различную глубину и протяженность и нередко вызывают образование карманов, фистул и стриктур

- У 15% больных, страдающих этим заболеванием в процесс вовлечена **только толстая кишка**
- **тонкая изолированно** поражается у 30%,
- **оба отдела кишечника – у 55%**
- **прямая кишка** вовлекается в процесс у 50% больных

Встречается у представителей обоего пола, любого возраста. Чаще начинается в возрасте между 10 и 40 годами жизни

Этиология не известна. Развитие болезни связывают с аллергическими факторами, коллагенозами, с поражением лимфатических

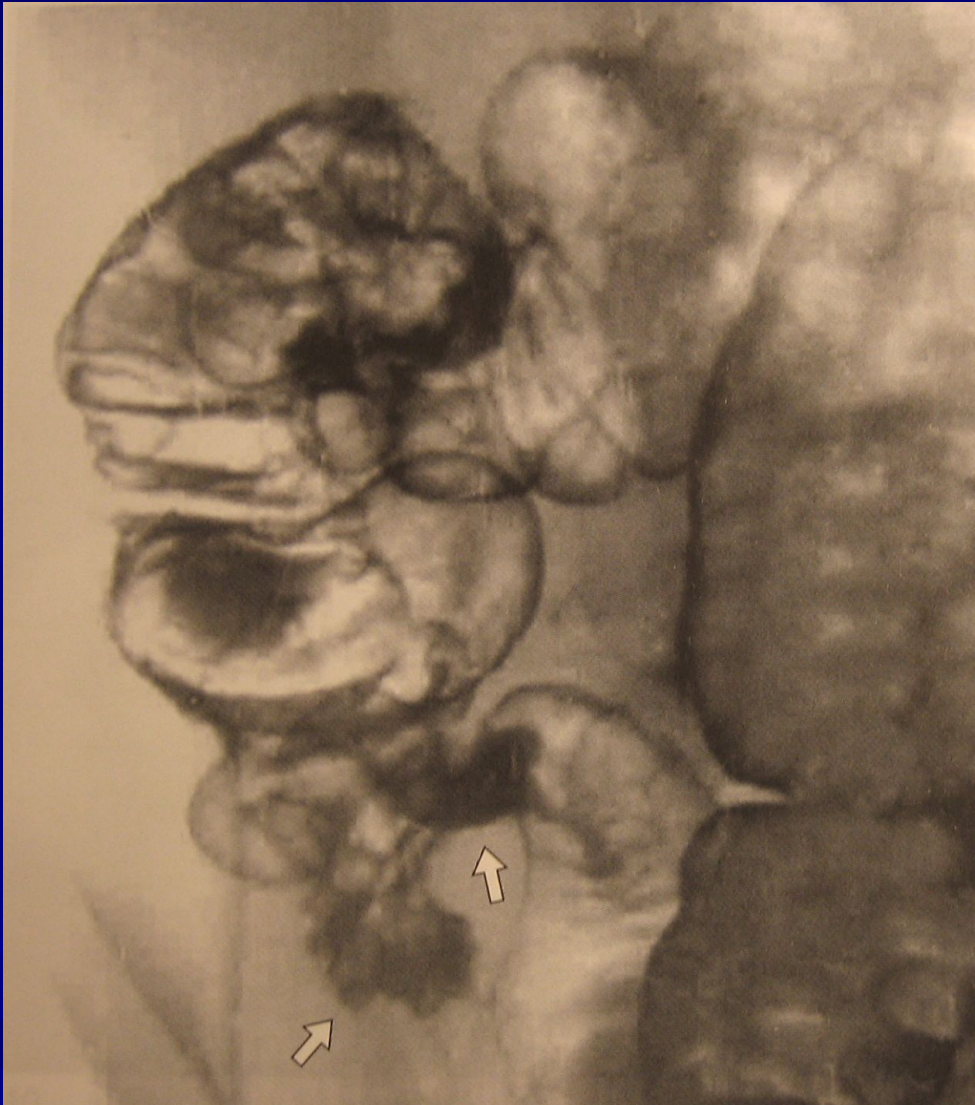
Р-картина:

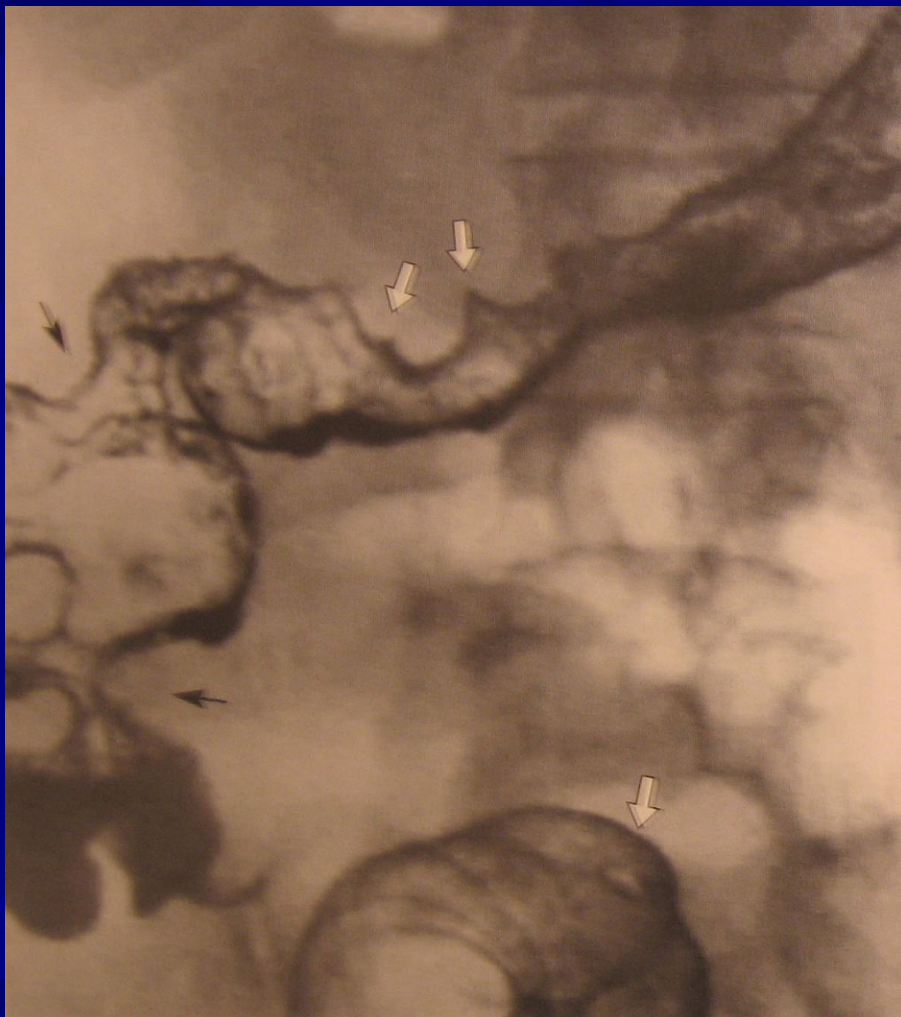
- эрозии и изъязвления слизистой оболочки (ниша, контрастное пятно), окруженные гранулемами, которые лучше видны при ПДК

Поздние стадии процесса характеризуются

- неравномерными асимметричными изменениями т.к. фиброз приводит к укорочению одной и растяжению противоположной стенки

Болезнь Крона





Болезнь Крона

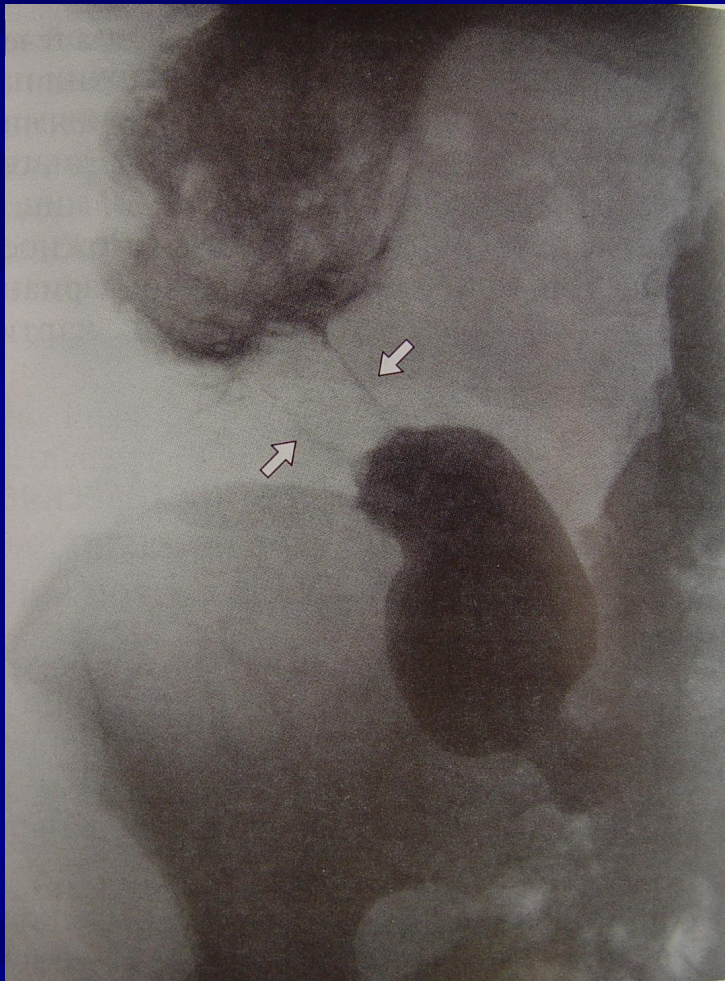
Распространенное непрерывное поражение правой половины толстой кишки

Болезнь Крона

сегментарное поражение
толстой кишки

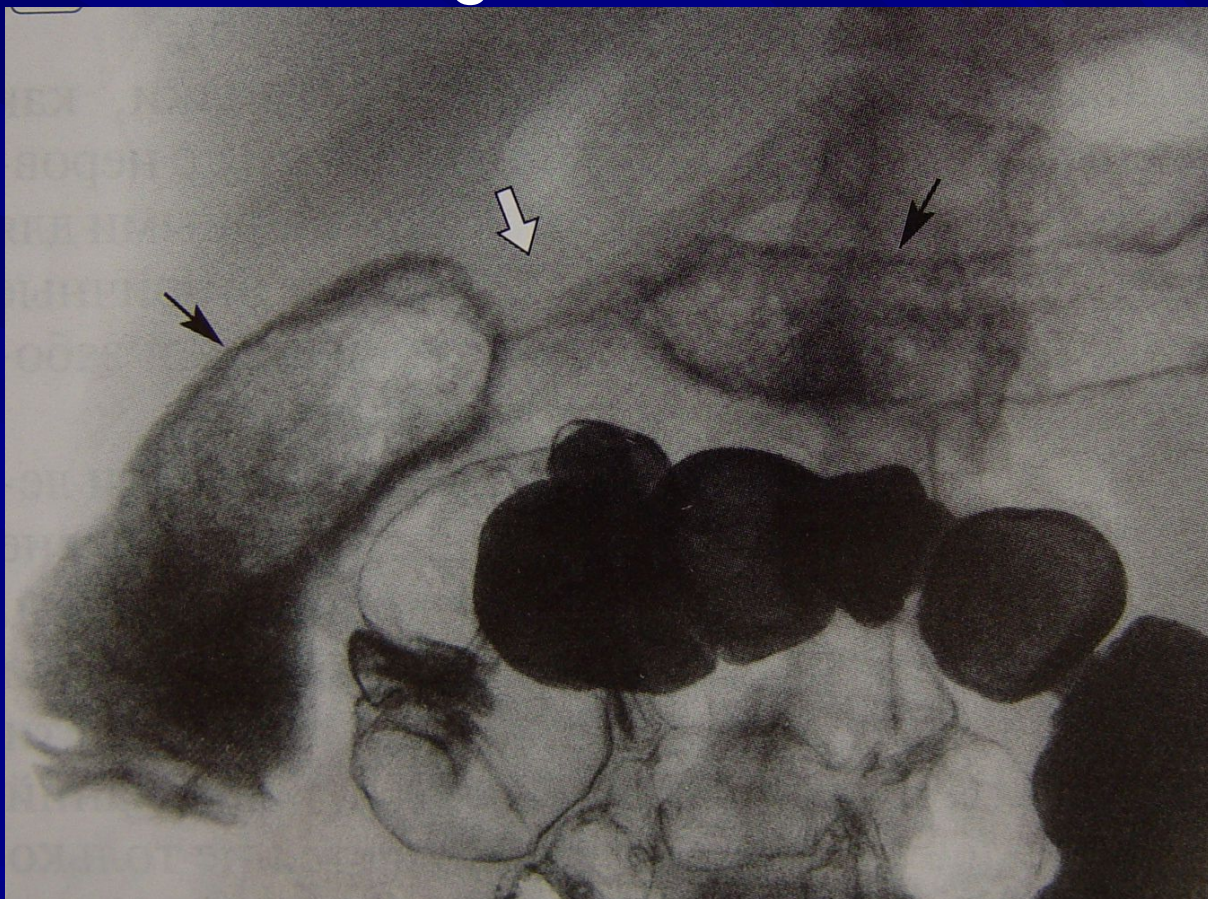


Болезнь Крона

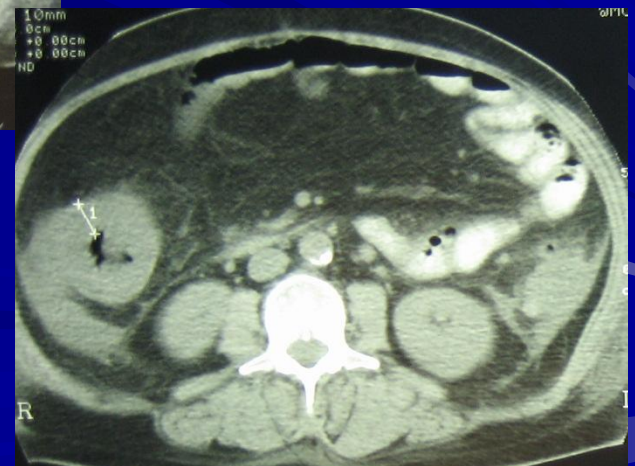
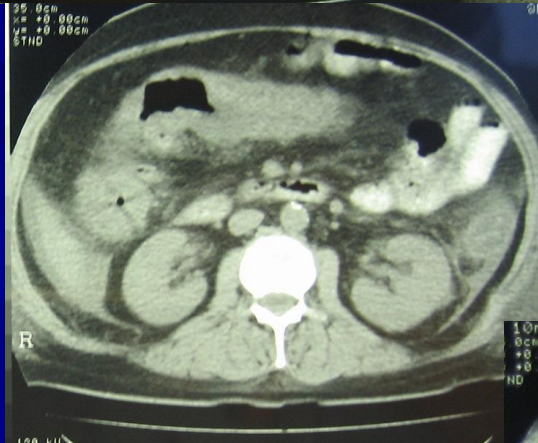
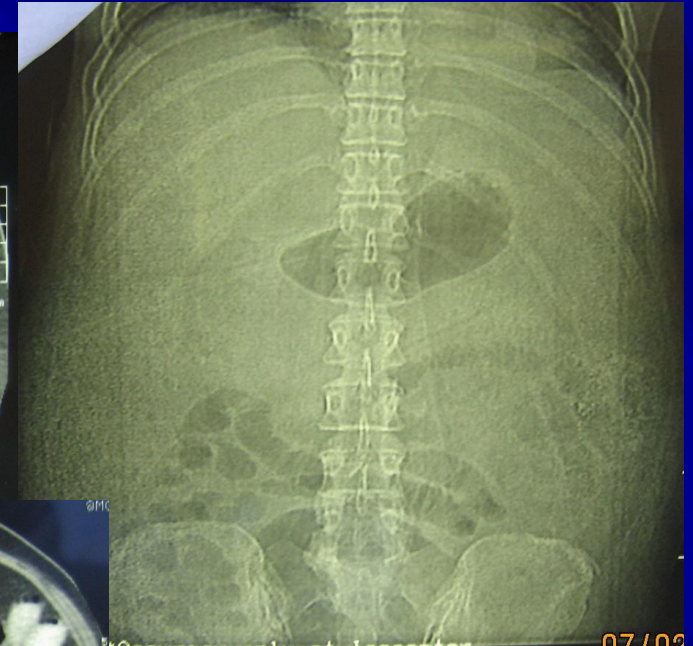
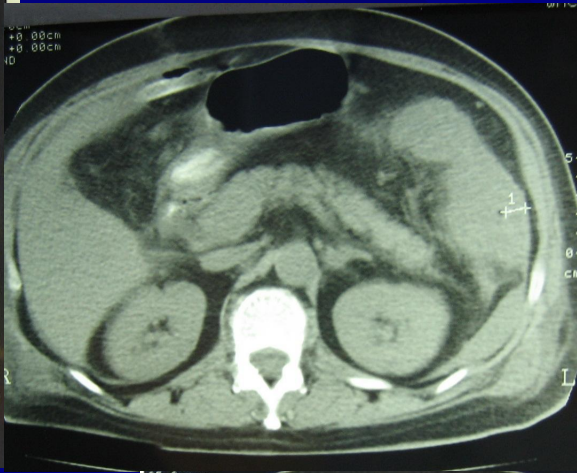
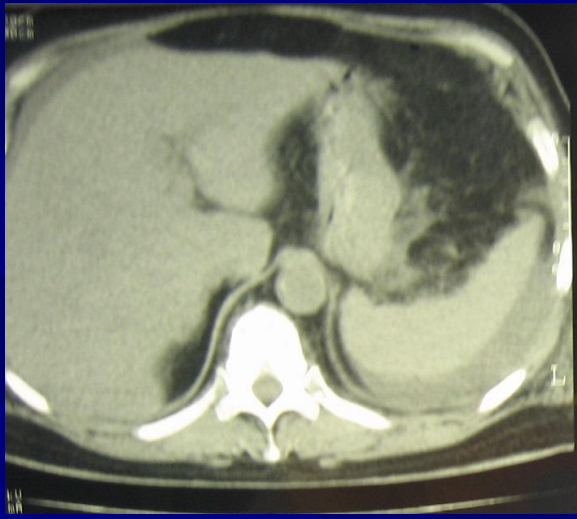


Контрастируется слепая кишка с
наличием двух каналов(свищей)

Продолжени е



Контрастированная часть толстой кишки (расположенная над петлями подвздошной), виден участок циркулярного сужения



Характерные черты поражения толстой кишки при болезни Крона и неспецифического язвенного колита

	НЯК	Болезнь Крона
Вовлечение прямой кишки	всегда	Примерно в 50% случаев
Распространенность процесса	варьирует от проктита до тотального колита	варьирует
Подвздошная кишка	иногда ретроградный илеит сочетается с тотальным колитом	обычно поражена
Непрерывность патологических изменений	сливающиеся сопредельные изменения	«прыгающие» изменения
Фон	гранулематозный	нормальный рельеф слизистой
Изъязвления	гранулематозные язвы типа «запанок» на фоне гранулематозной слизистой	более глубокие язвы на фоне нормальной слизистой
Карманы, фистулы	редко	обычно
Стриктуры	не характерны	обычно
Риск малигнизации	повышен	слегка повышен

Рак толстой кишки

Колоректальный рак (КРР) наиболее часто встречающаяся опухоль внутренних органов в структуре мировой экологической заболеваемости

Развивается у взрослых лиц в любом возрасте, но частота резко возрастает после 40 лет

Общепринятое мнение, что в большинстве случаев КРР развивается на фоне предшествующих доброкачественных аденом

Эпителиальные полипы толстой кишки

Составляют 95-98% всех доброкачественных опухолей толстой кишки, распространенность которых растет с возрастом больных

- У 50% больных полипы множественные,
- у страдающих синдромом полипоза – число их может быть очень большим

Морфологические варианты полипов

- трубчатые аденомы
- ворсинчатые аденомы
- трубчато-ворсинчатые аденомы

Ворсинчатые обладают высоким
потенциалом малигнизации

Полипы могут быть на ножке или на широком основании. Ворсинчатые полипы чаще имеют широкое основание и напоминают бляшки, для них характерен ковровоподобный рост, и особенно в прямой и сигмовидной кишках они могут достигать в размерах нескольких сантиметров

ПДК превосходит методику «тугого наполнения», тем не менее с ее помощью можно обнаружить в лучшем случае только 90% полипов больше 10мм в диаметре, а при меньшем их диаметре – только до 60-70%

Большинство дистально расположенных полипов меньше 4мм в диаметре – гиперпластические и не обладают потенциалом малигнизации

Среди полипов размером 4-5мм в диаметре около половины – аденомы, и они могут озлокачиваться

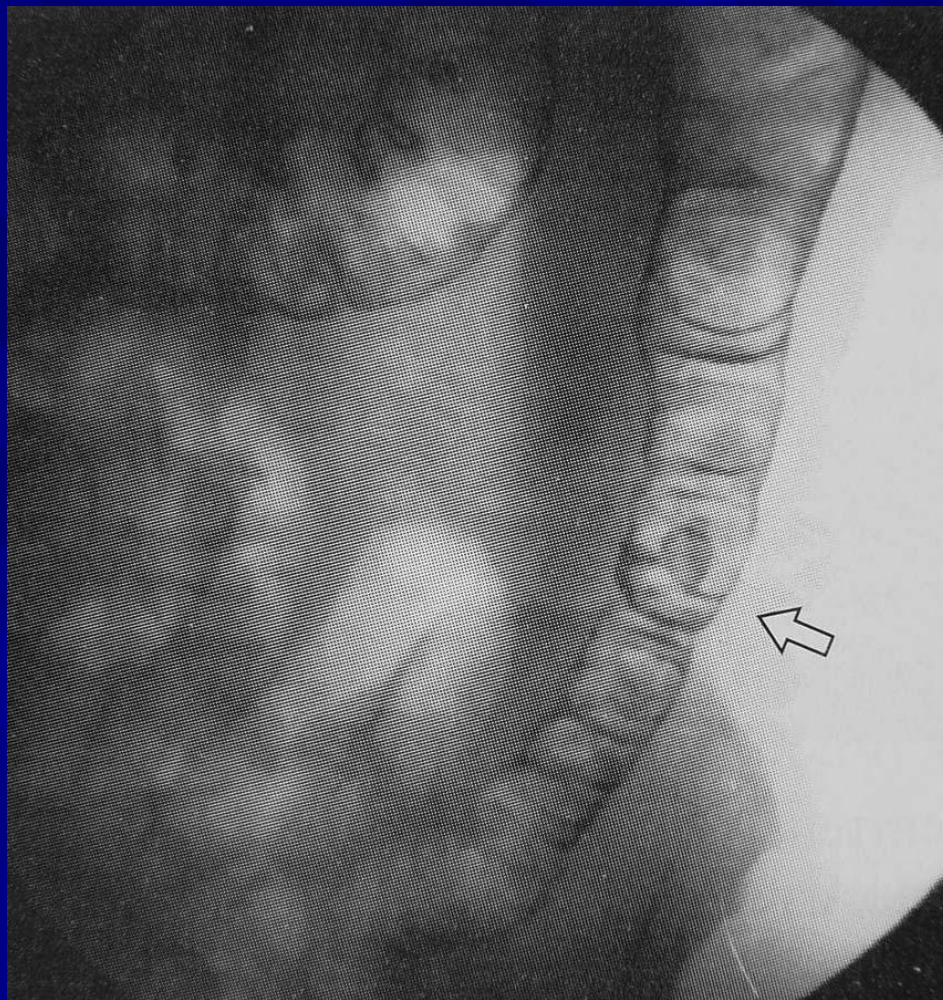
Для полипов меньше 5мм вероятность малигнизации можно вообще не принимать во внимание

- Среди полипов размером 5-10мм злокачественны 1-2%
- Величиной 1-2см – 10%
- Более 2см – 50%

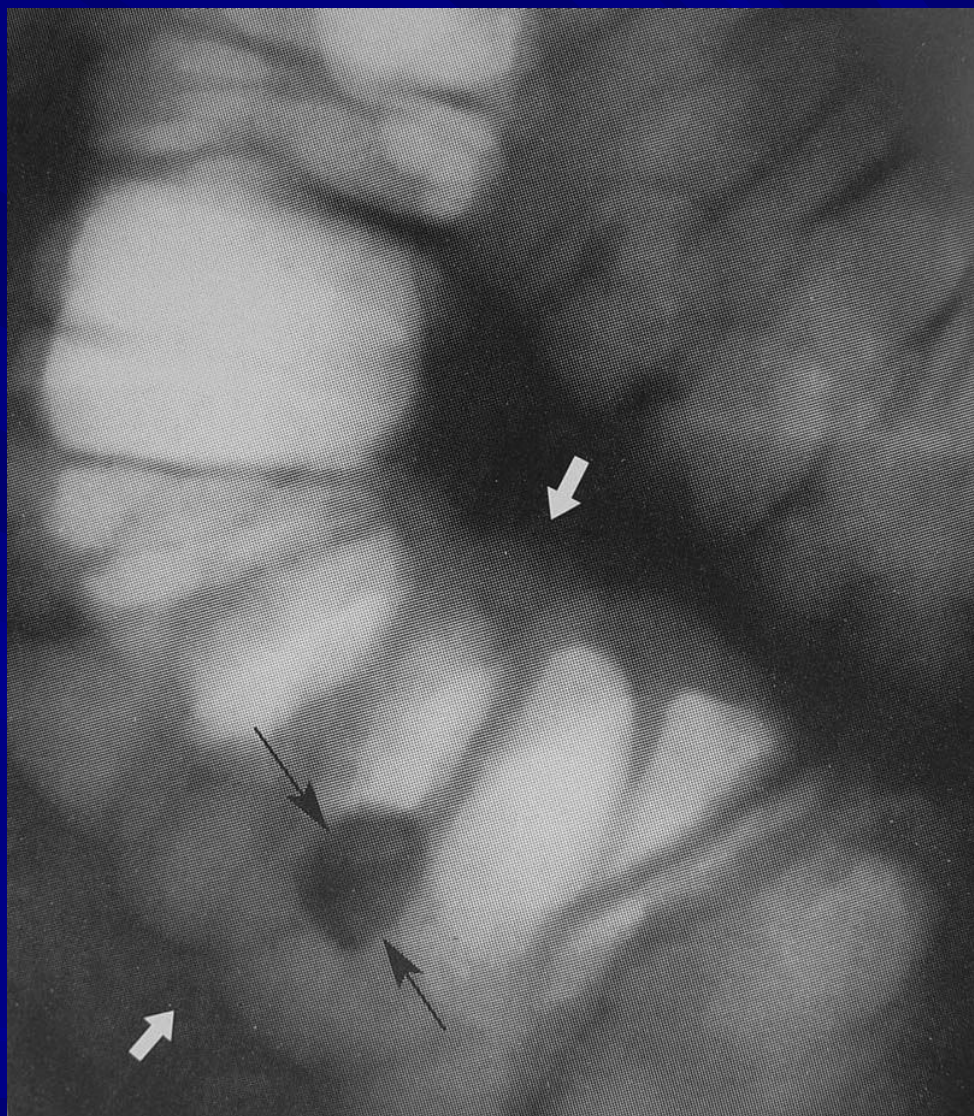
Полипы, сидящие на ножке **малигнизируются** реже, чем сидящие на **широком основании**

Втяжение основания полипа позволяет **заподозрить** его **злокачественность**

Рельеф поверхности - не надежный признак, однако, изъязвление предполагает малигнизацию

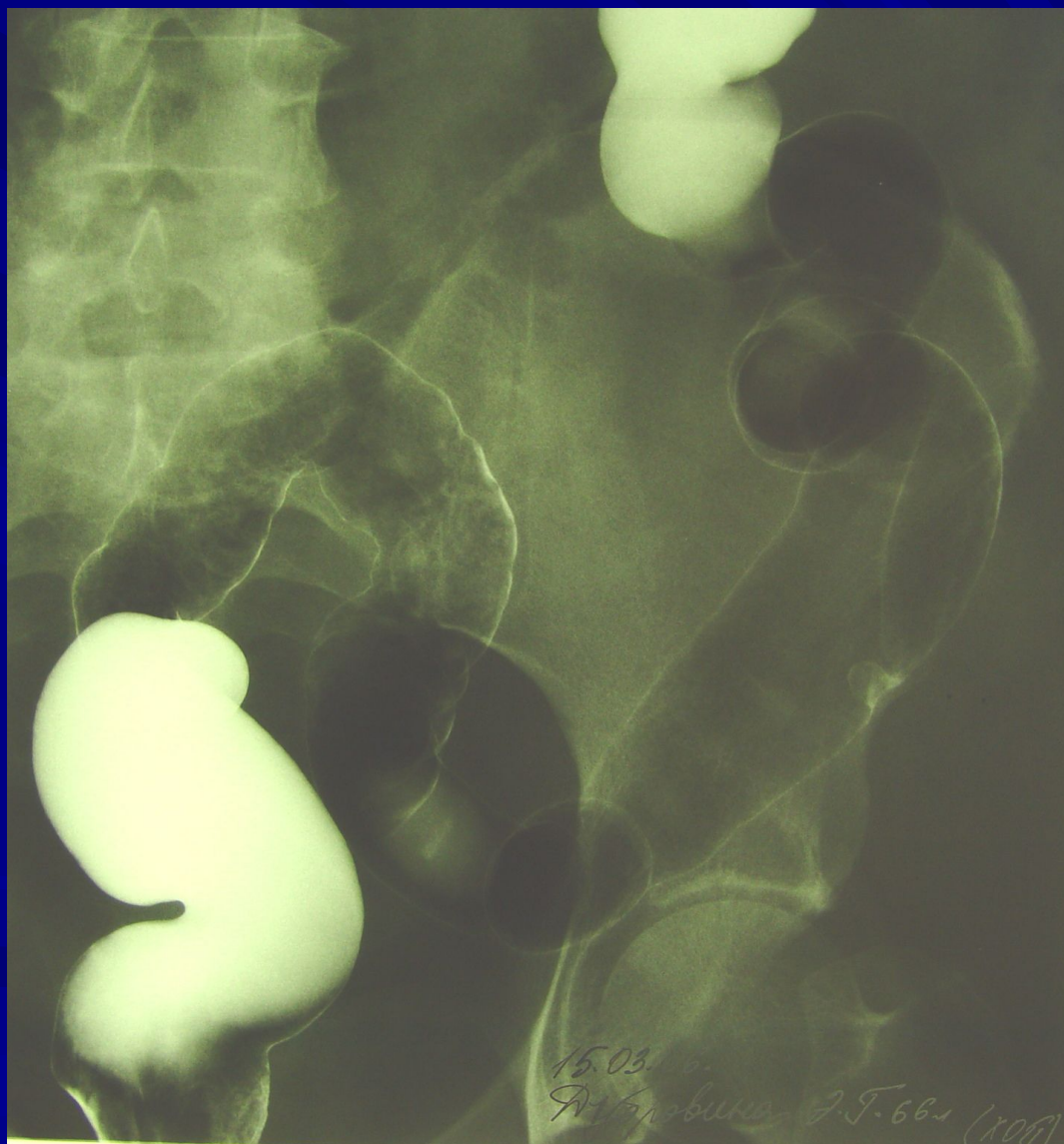


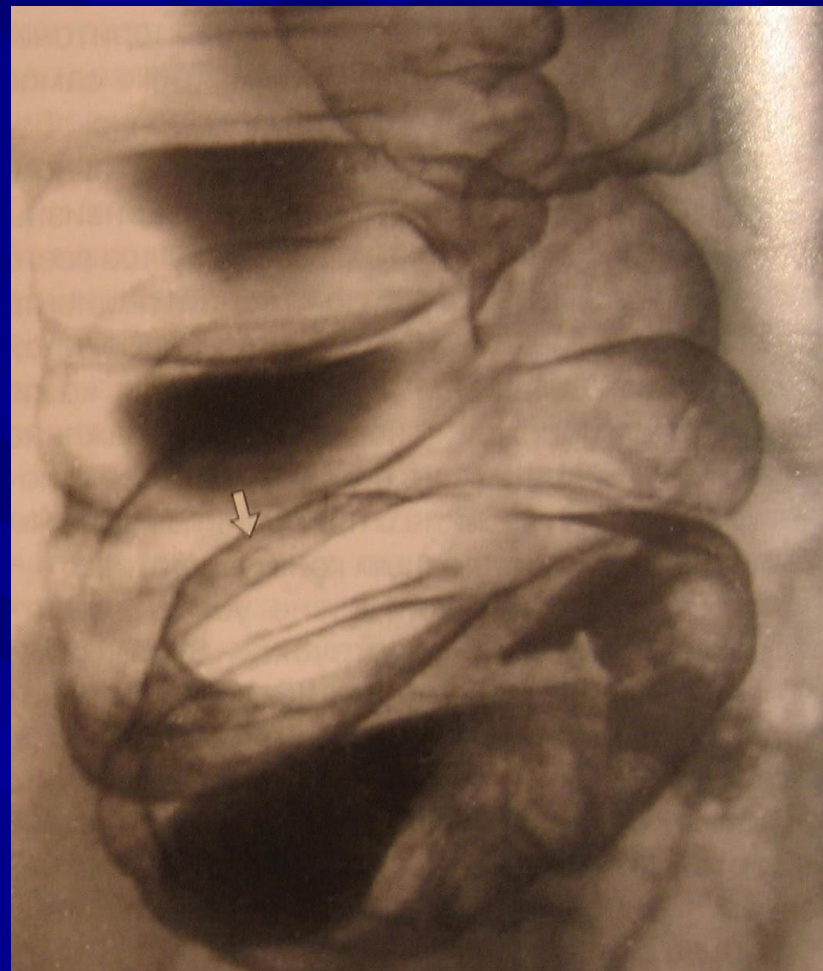
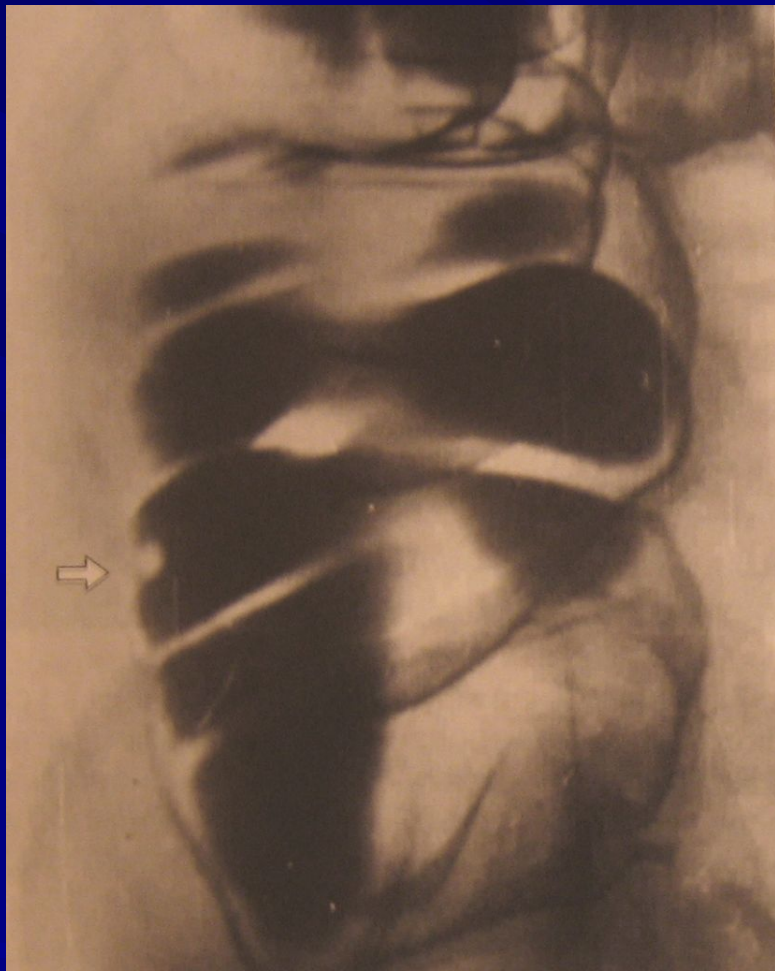
Полип нисходящей ободочной кишки.
Образование с четкими контурами, однородной структуры, размером до 2см.



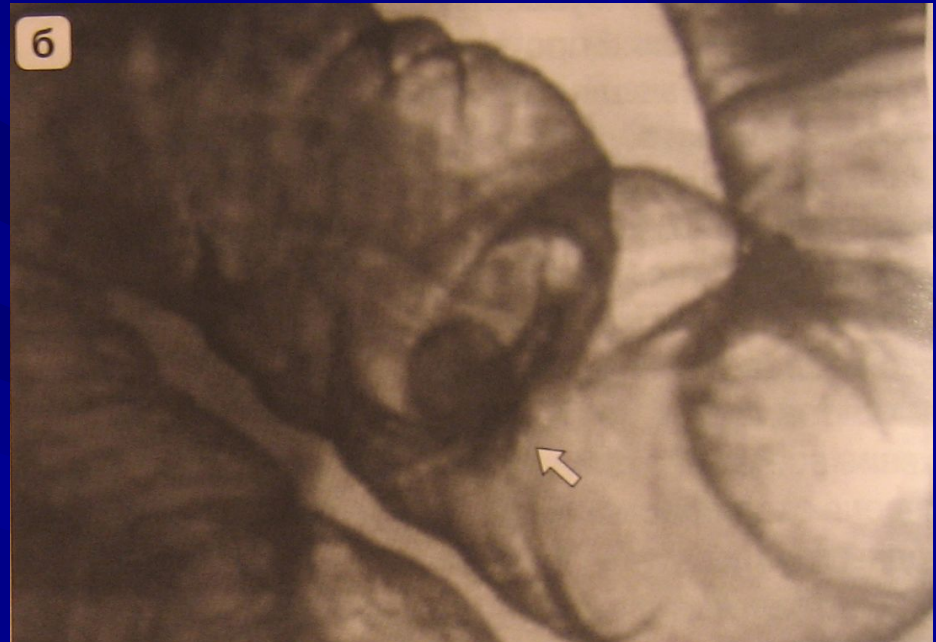
Пневмоколонография. Экзофитное образование в слепой кишке (аденома)

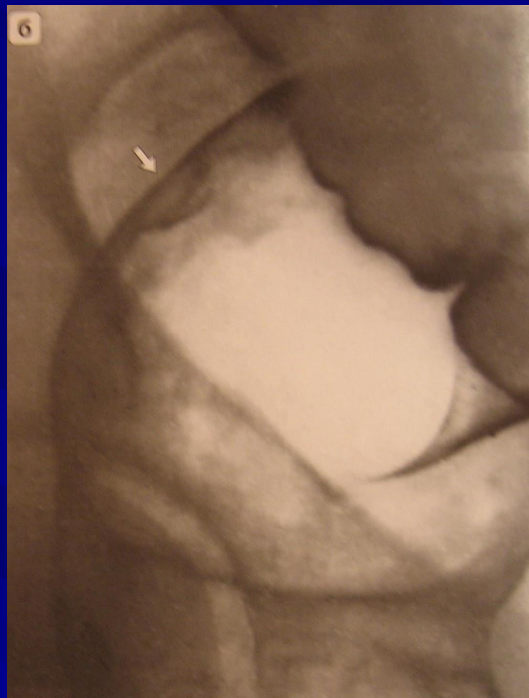
Полип нисходящего отдела толстой кишки



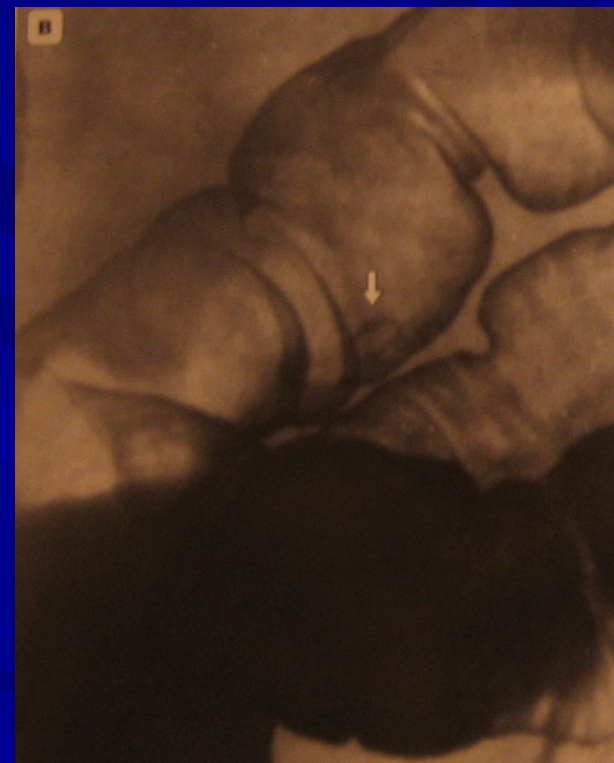


Полипоидный рак сигмовидной кишки





Полип верхне-ампулярного отдела
прямой кишки в прямой и косой проекциях



Рак толстой кишки

Из злокачественных опухолей локализующихся в толстой кишке, **рак составляет 98-99%** (аденокарцинома, солидный, каллоидный), в остальных случаях – **лимфосаркома, ретикулосарсома и др.**

С анатомо-клинико-рентгенологических позиций рак толстой кишки целесообразно разделять

- 1) **экзофитный**, растущий преимущественно в просвет кишки, и имеющий вид полипа, бляшки, цветной капусты
- 2) **блюдцеобразную карциному**, преимущественно экзофитный рак, но с глубоким изъязвленным кратером
- 3) **эндофитный**
- 4) **эндофитно-язвенный**
- 5) **смешанный (эндофитно-экзофитный)**

Морфологические формы рака толстой кишки

- аденокарциномы (60-70%), в которых отчетливо сохраняется железистое строение опухоли
- солидные раки (10-12%), представляют собой сплошные поля раковых клеток, имеющих альвеолярное строение
- слизистые формы (12-15%)- раки, протекающие с повышенным слизиобразованием в раковых клетках

- В правой половине и в поперечноободочной кишке рак имеет экзофитную форму
- В левой половине толстой кишки рак имеет инфильтрирующую, язвенную и эндофитную форму

Клинические проявления

Начальные формы рака толстой кишки протекают бессимптомно.

Жалобы появляются при нарушении деятельности кишечника или при развитии общих симптомов болезни: недомогание, слабость, кишечный дискомфорт, незначительные боли спастические или тянущие.

- Раковые опухоли толстой кишки медленно растут и поздно метастазируют
- Полноценное излечение больных может быть осуществлено при условии, если опухоль не распространяется за пределы подслизистого слоя (из-за отсутствия лимфатических сосудов в слизистой оболочке еще не бывает отдаленных метастазов)

По степени развития рак толстой кишки принято делить на четыре стадии:

- I** - небольшая опухоль в толще слизистой оболочки и подслизистого слоя кишечной стенки без региональных mts
- IIa** - опухоль занимает до половины окружности кишки, не распространяется за ее пределы и на соседние органы, без mts
- IIб** - опухоль той же или меньшей величины с одиночными mts в ближайшие лимфоузлы
- IIIa** - опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку, или спаяна с соседними органами и тканями, но без mts
- IIIб** - опухоль любой величины с множественными mts в регионарные лимфоузлы
- IV** - обширная опухоль, проросшая соседние органы, с множественными регионарными mts или любая опухоль с отдаленными mts.

Р-картина:

- краевой, центральный или циркулярный дефект наполнения с неровными, зазубренными контурами кишки,
- ригидность стенок,
- отсутствие гаустрации,
- обрыв складок
- атипичный рельефом слизистой оболочки в месте опухоли,
- стойкое депо контрастной массы в дефекте наполнения или на рельефе слизистой оболочки (если есть распад),
- неполное сокращение кишки на уровне опухоли после опорожнения,
- нарушение эвакуаторной функции кишки вплоть до возникновения кишечной непроходимости

- Отличительной особенностью бляшковидного и полиповидного рака является высота тени экзофитного образования.
- При полиповидном раке высота тени опухоли примерно равна ее диаметру, а при бляшковидном она в 2-3 раза меньше.
- Если опухоль прорастает мышечный слой и глубже, нечеткость ее основания определяется практически на всем протяжении.
- Степень инвазии, а также mts опухоли лучше определять при КТ.

Отдаленные метастазы рака толстой кишки наблюдаются в легкие, печень, почки и др.

Саркомы толстой кишки (0,5-2% от всех новообразований толстой кишки)

- Заболевают преимущественно мужчины моложе 30 лет
- Саркомы относительно быстро растут, становясь большими (до 8-10см в диаметре), они редко вызывают кишечную непроходимость
- Характерно раннее метастазирование в лимфоузлы брыжейки, а затем в отдаленные органы (печень, почки, плевру, легкие, грудные позвонки) гематогенным путем. Нередко саркоматозные клетки диссеминируют по брюшине, вызывая асцит

Рентгенодиагностика:

Саркома встречается в 2 раза чаще в слепой кишке

Экзофитные саркомы образуют

- округлый или овальный дефект наполнения
- с четкими, гладкими или слегка волнистыми контурами, складки слизистой отодвигаются опухолью и окружают ее параллельно лежащими кольцами,
- кишка на уровне опухоли расширена и не спадается после опорожнения,
- после двойного контрастирования обнаруживается тень высокой плотности на фоне воздуха

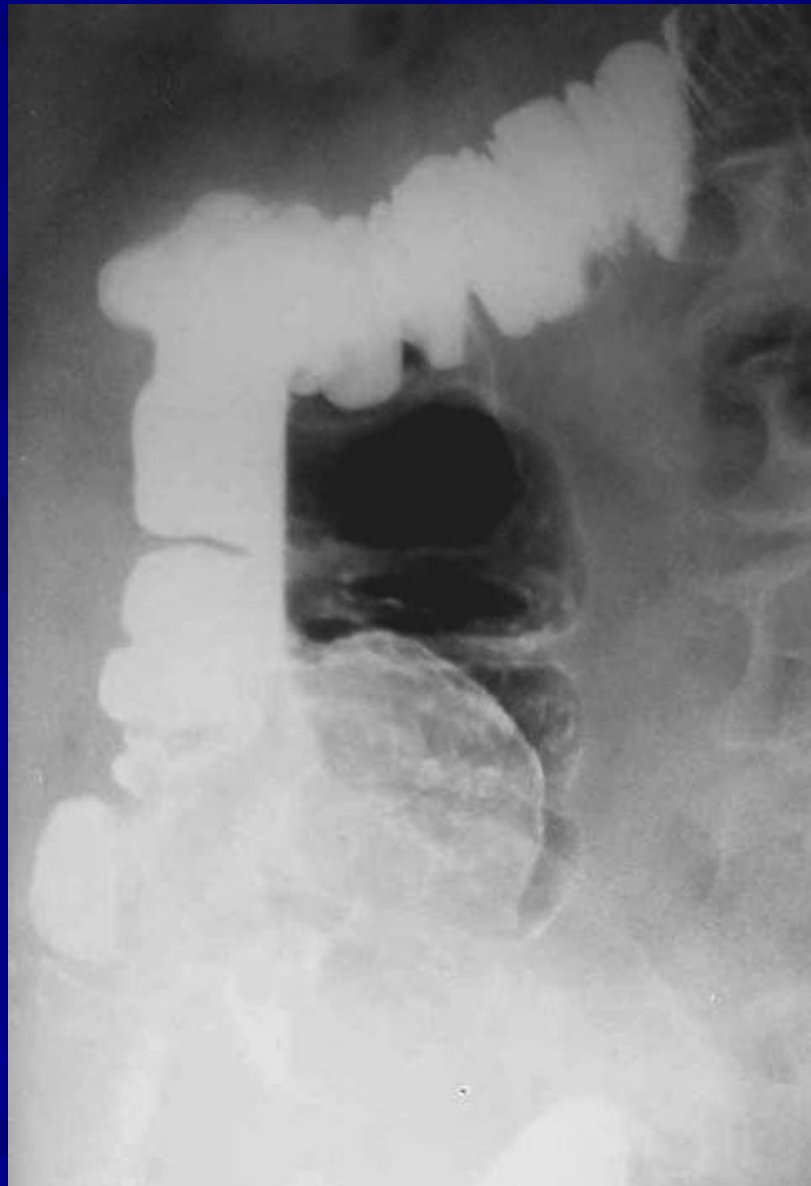
Рентгенодиагностика

Диффузная лимфосаркома проявляется:

- утолщением стенки кишки на значительном протяжении (за счет утолщения подслизистого слоя, мышечный не поражается)
- стойко изменяется рельеф слизистой
- отдельные полиповидные образования на слизистой



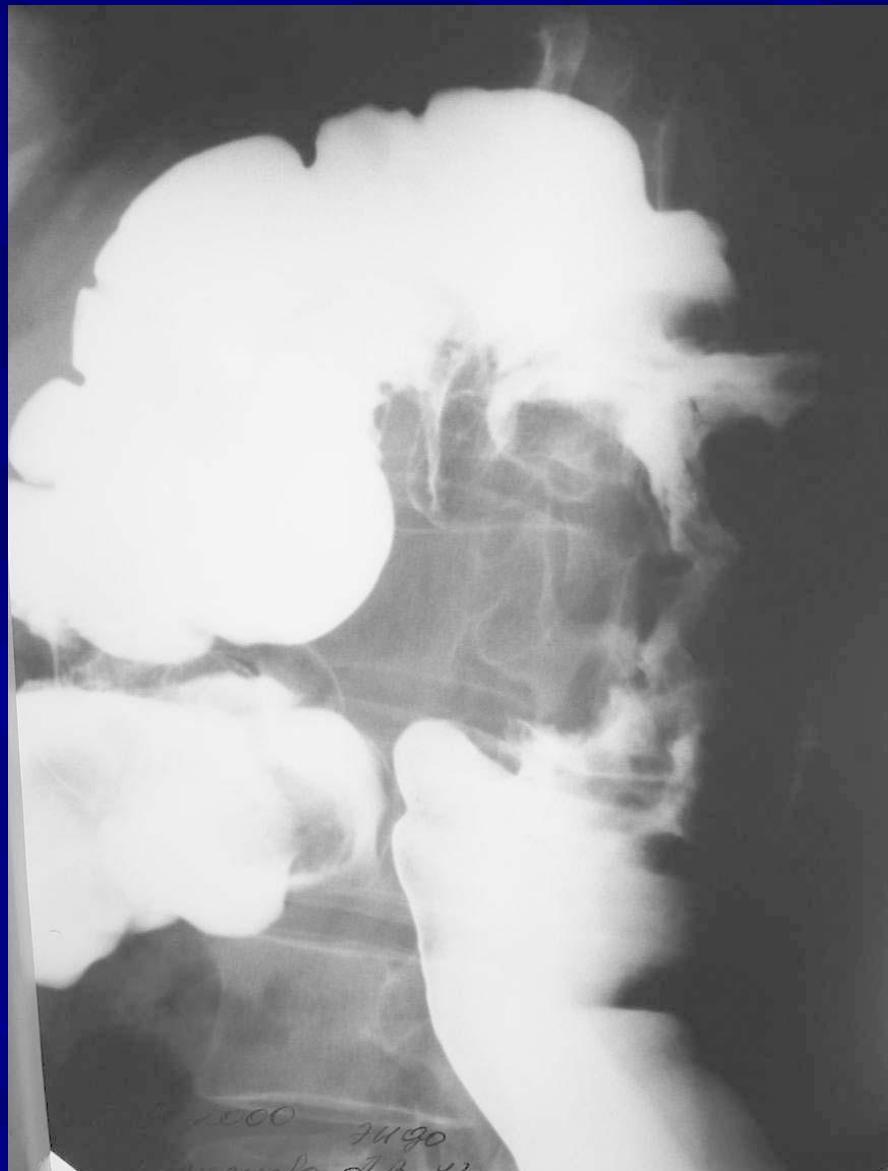
Блюдцеобразная карцинома слепой кишки



Рак слепой кишки, экзофитная форма



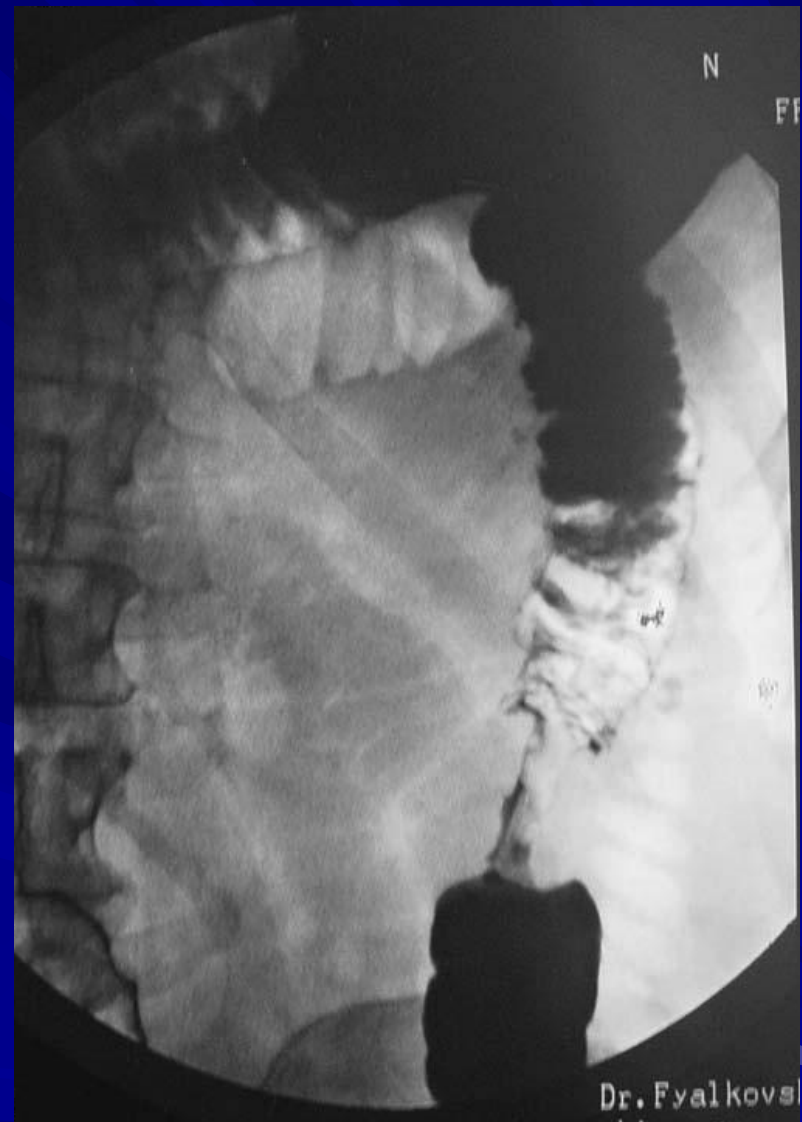
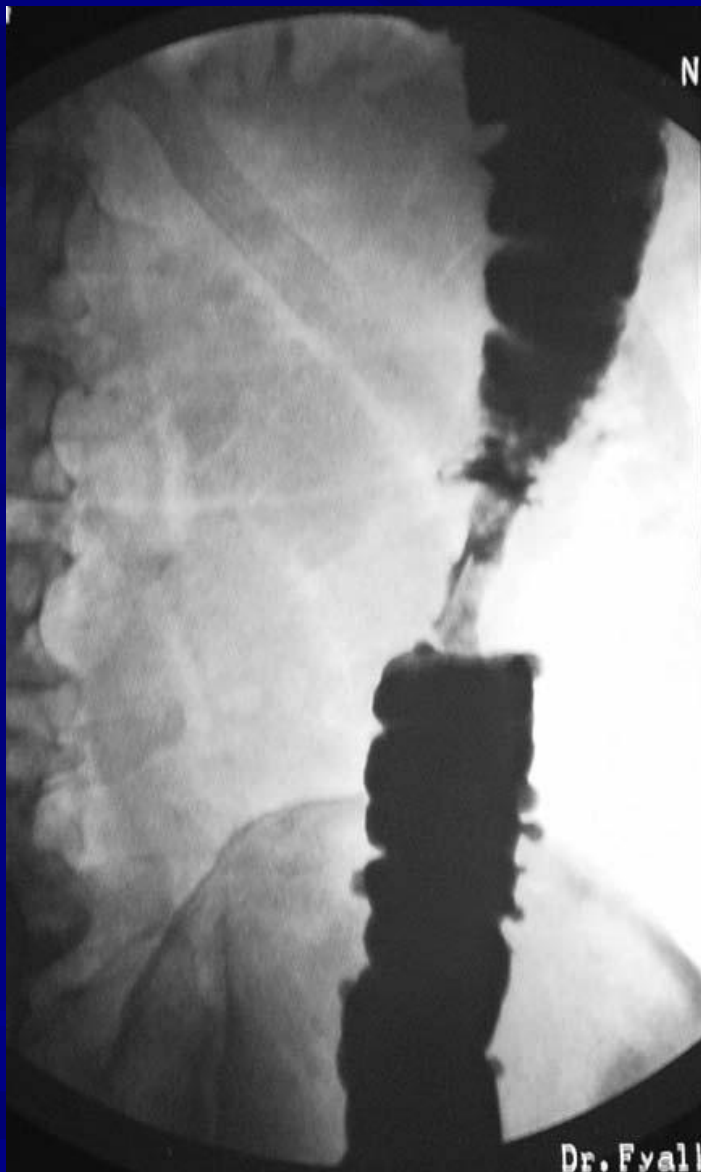
Рак слепой кишки, смешанная форма
роста



Рак поперечноободочной кишки, смешанная форма

Обтурирующая опухоль
поперечной ободочной
кишки
(морфология- липома)





Рак нисходящего отдела ободочной кишки,
эндофитная форма

Исцова Е.З. 62

госкоп.

N

FRAME= 09

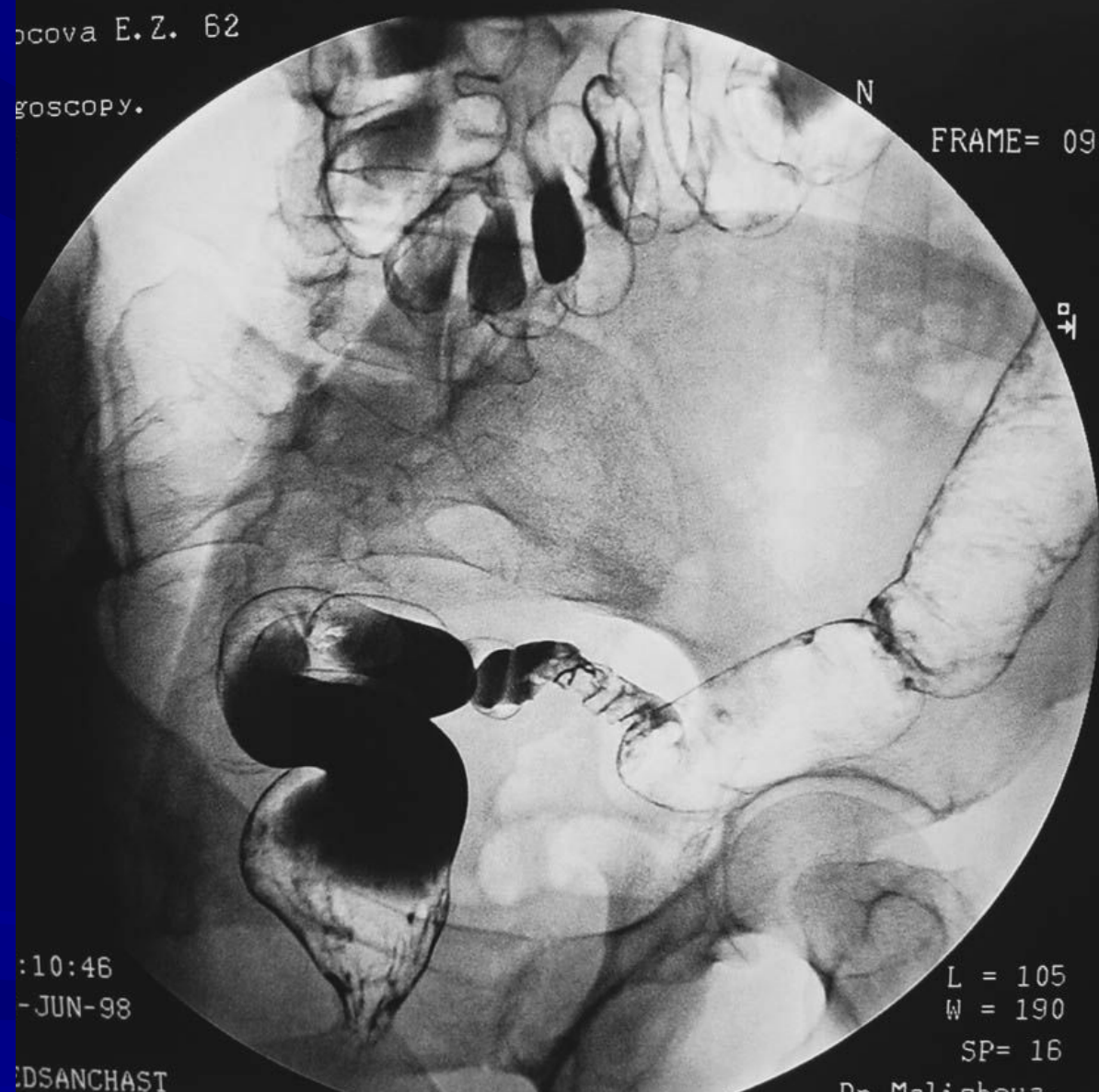
КТ

:10:46
-JUN-98

DSANCHAST

L = 105
W = 190
SP= 16

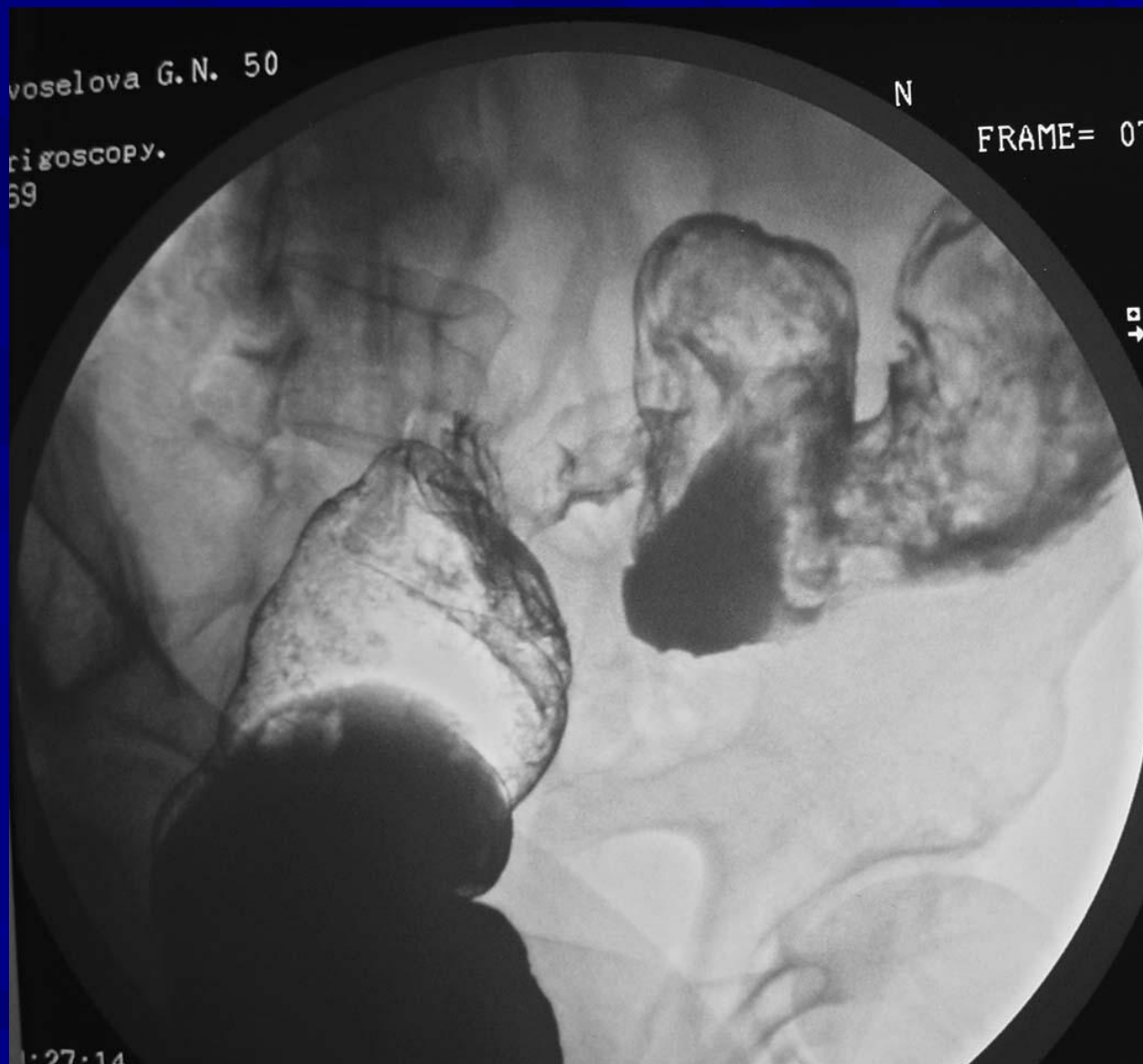
Dr. Malisheva



Рак сигмовидного отдела толстой кишки, эндофитная форма



Рак сигмовидной кишки, эндофитно- язвенная форма



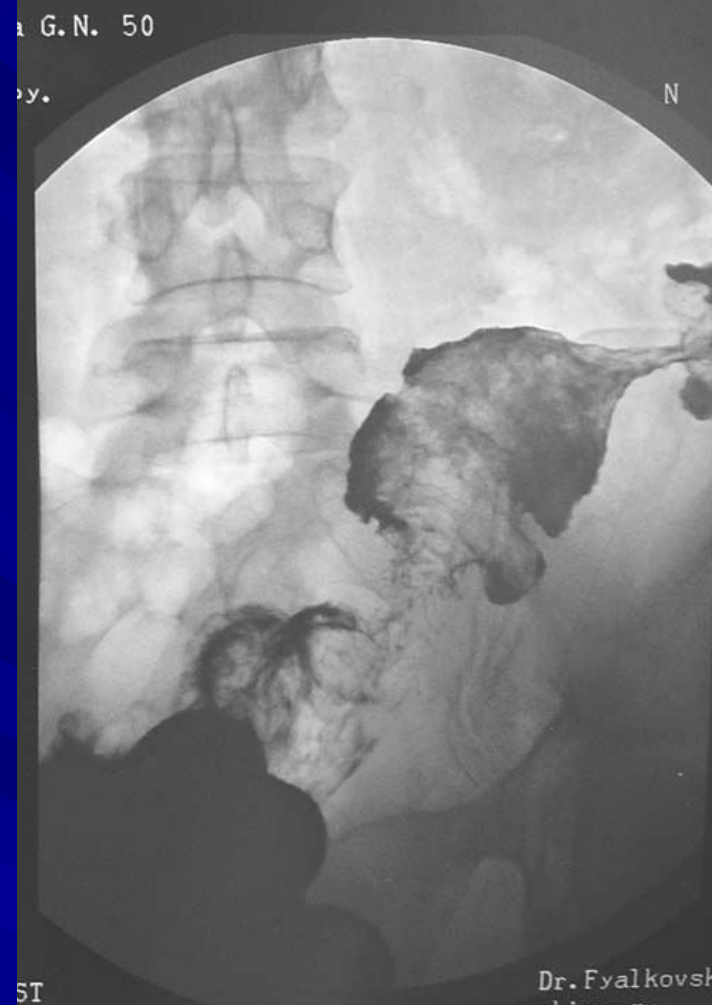
Рак сигмовидной кишки, эндофитно-язвенная форма



Рак толстой кишки



Рак дистальной части сигмовидной кишки,
смешанная форма роста



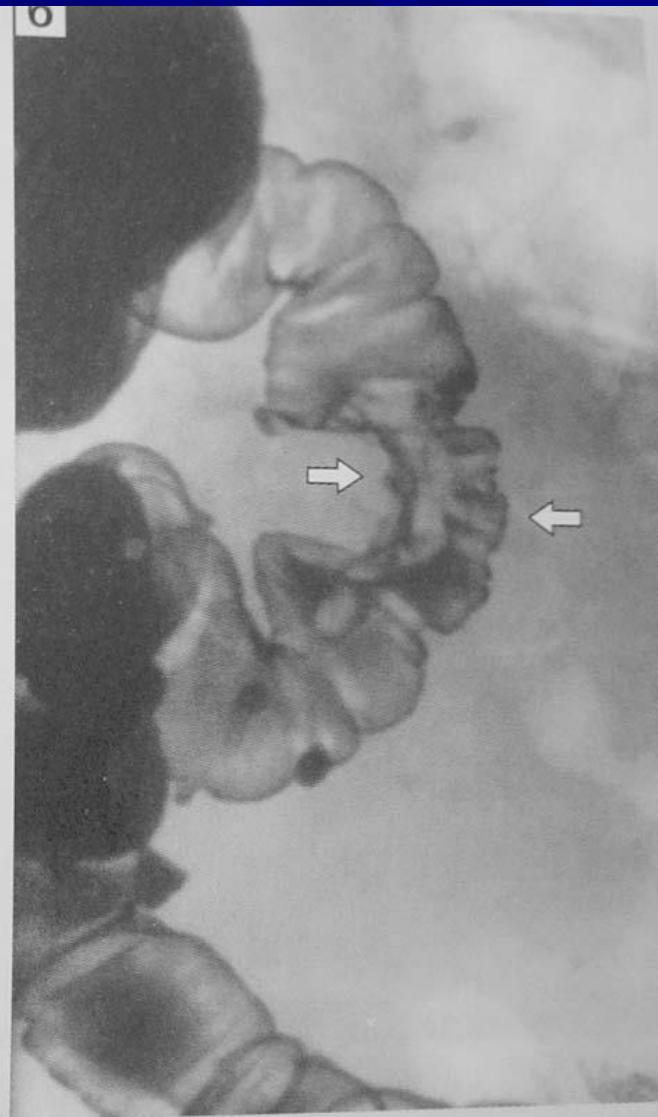
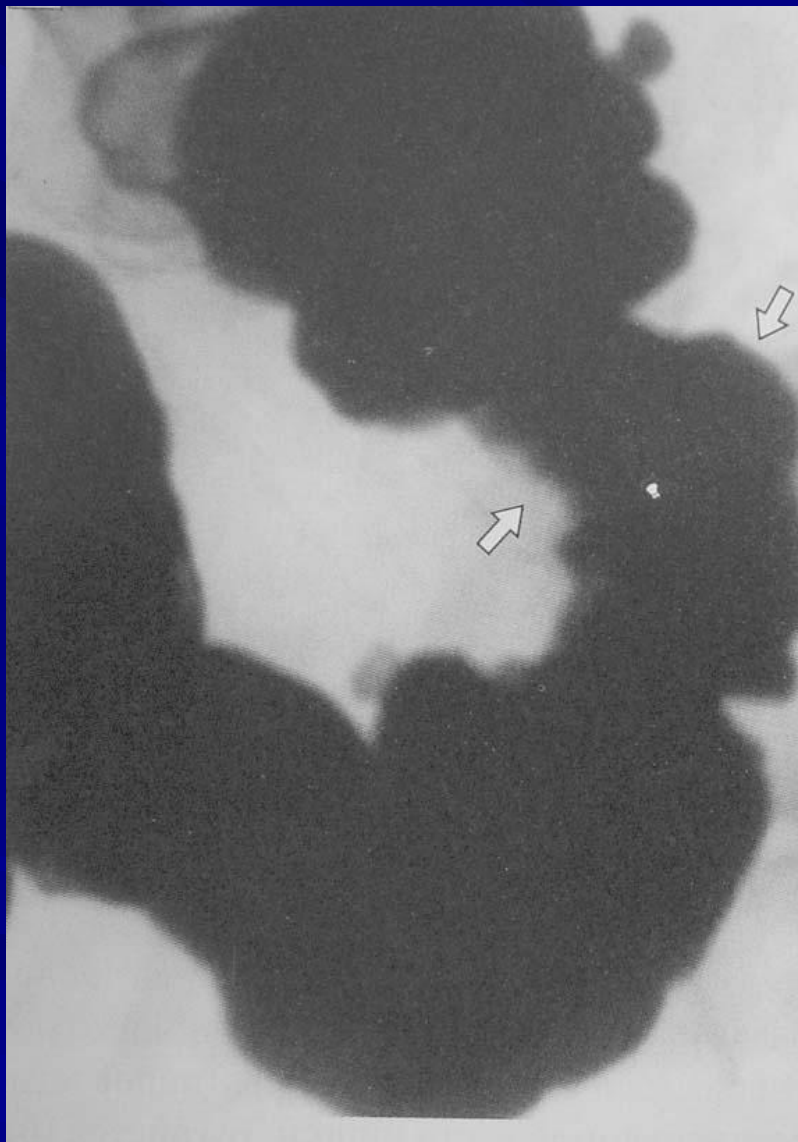
Рак дистальной части сигмовидной кишки, смешанная форма роста



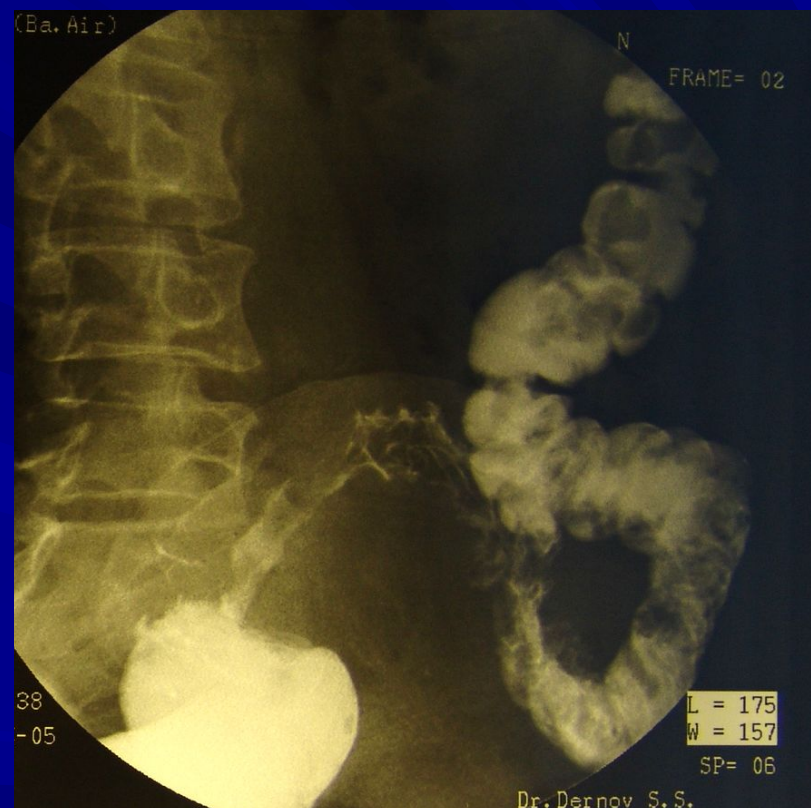
Ворсинчатая опухоль сигмовидной кишки



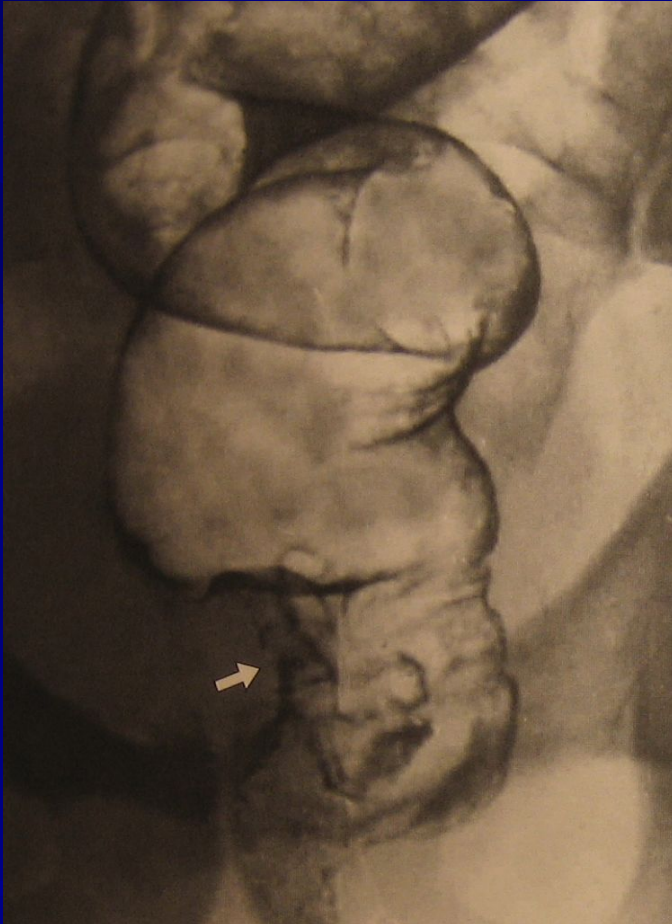
Рак нисходящей части ободочной кишки

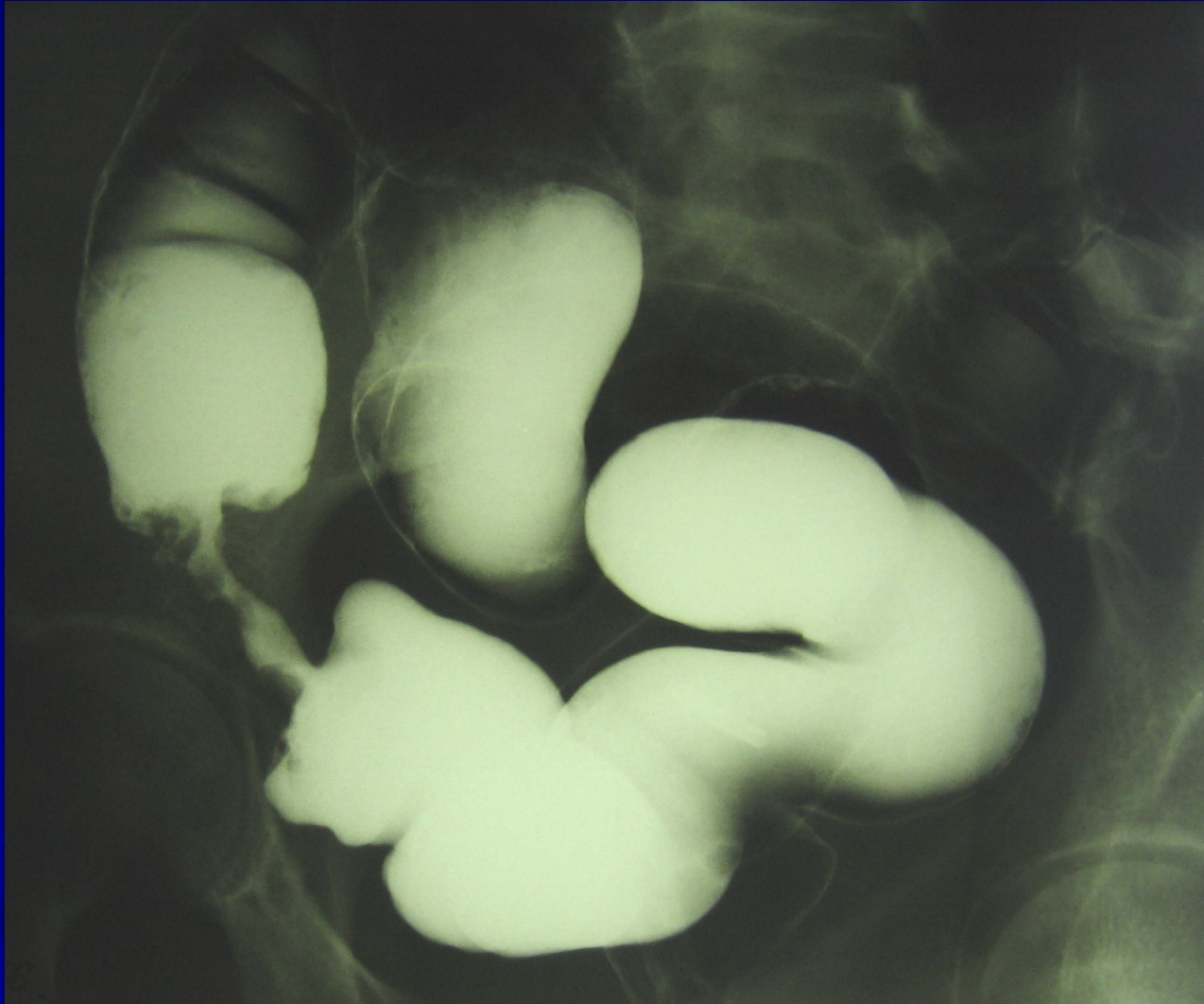


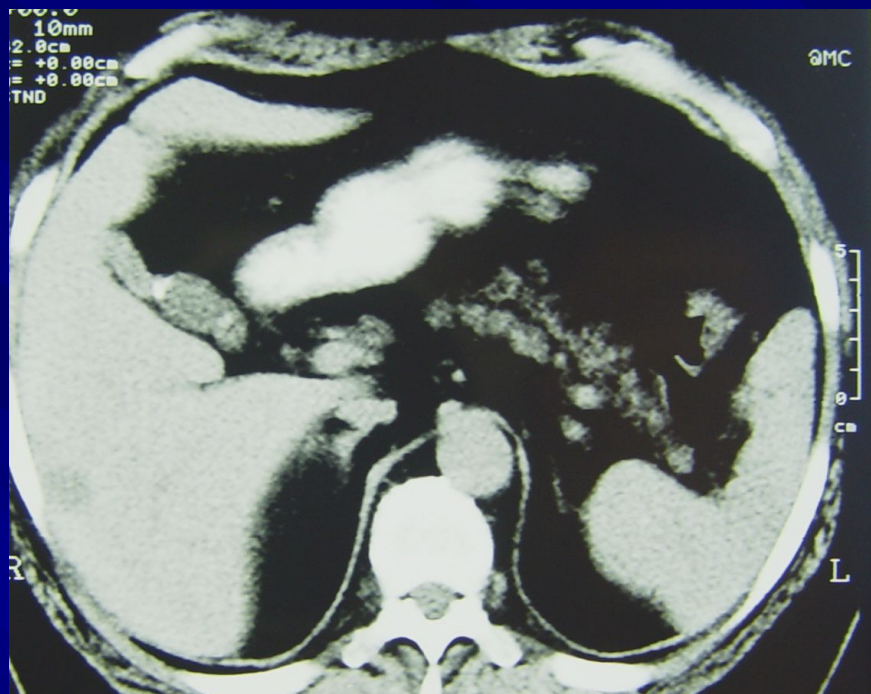
Рак сигмовидной КИШКИ





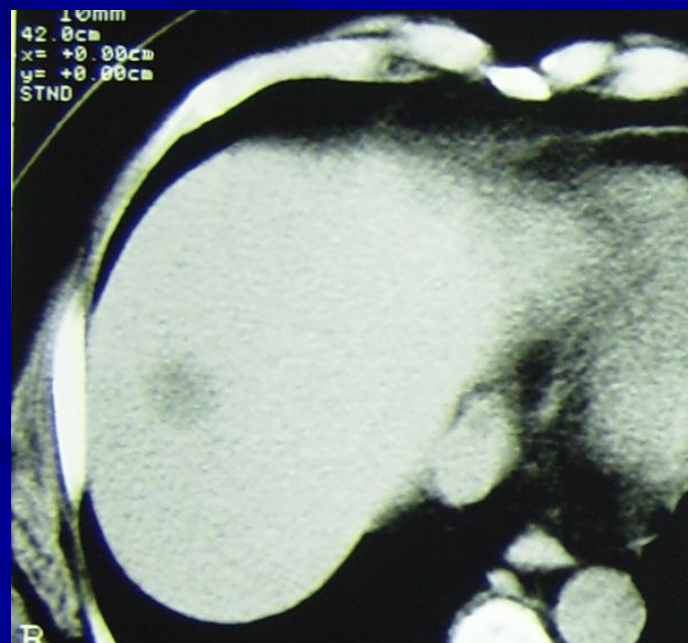


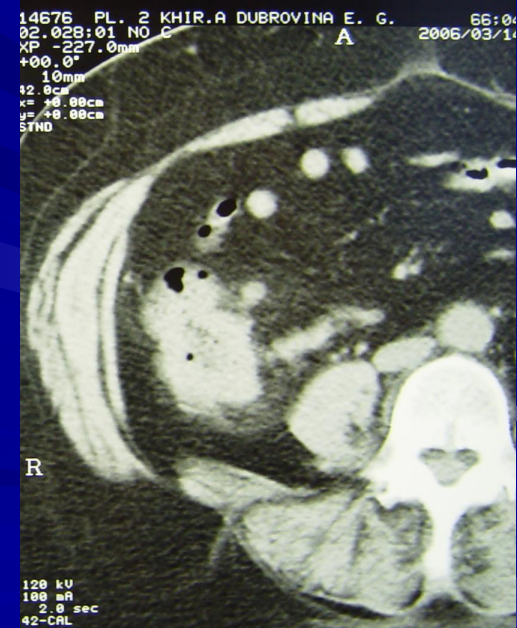
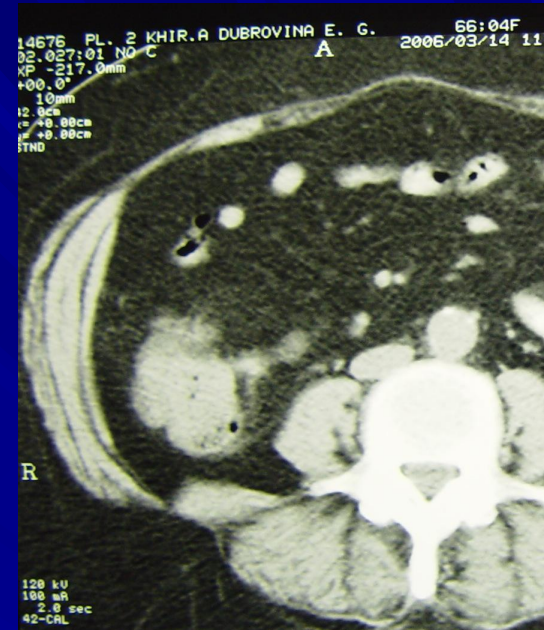
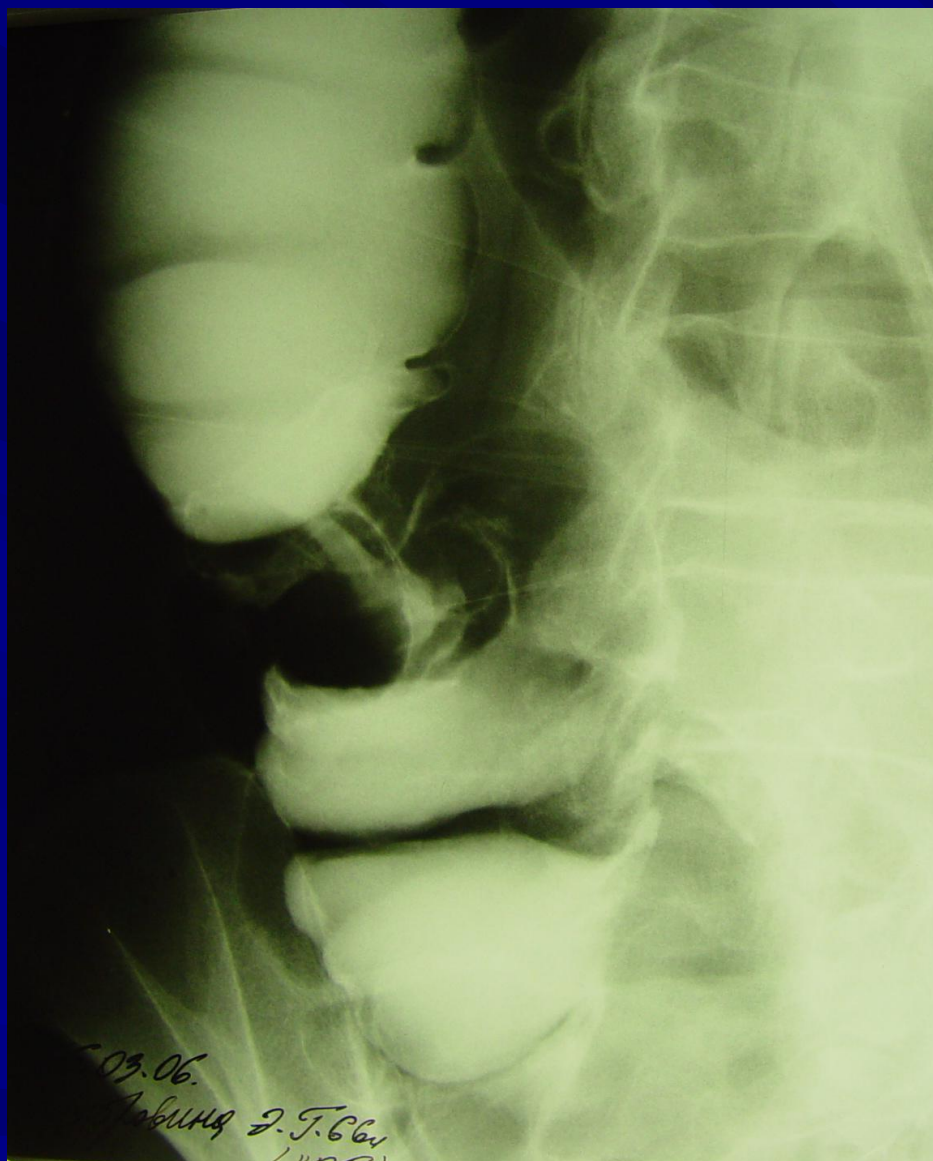




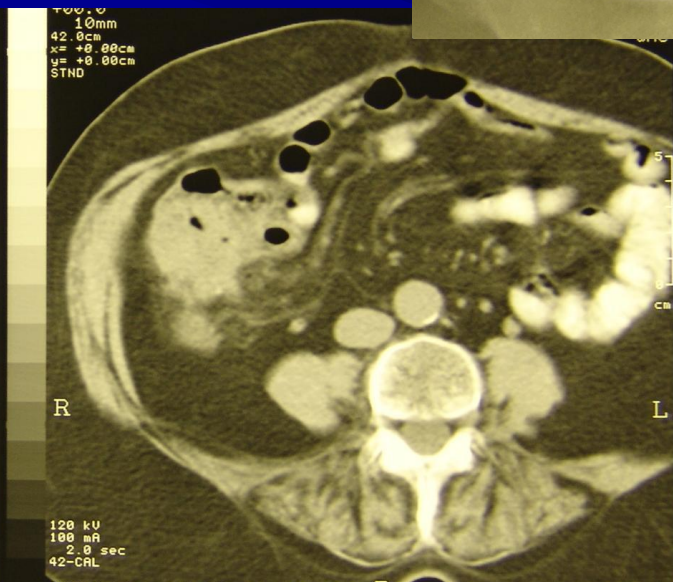
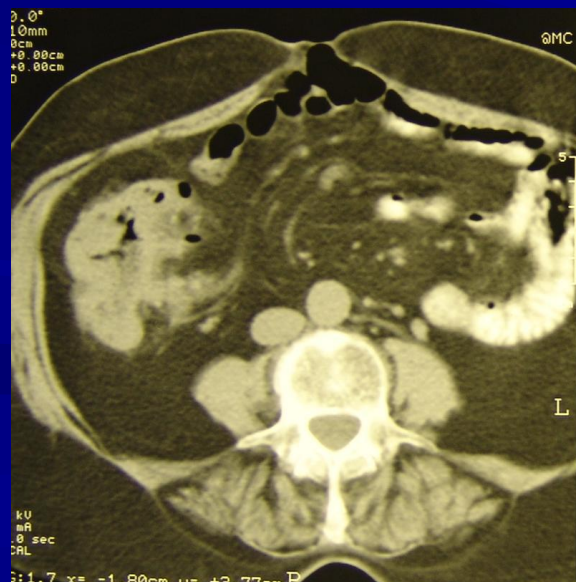
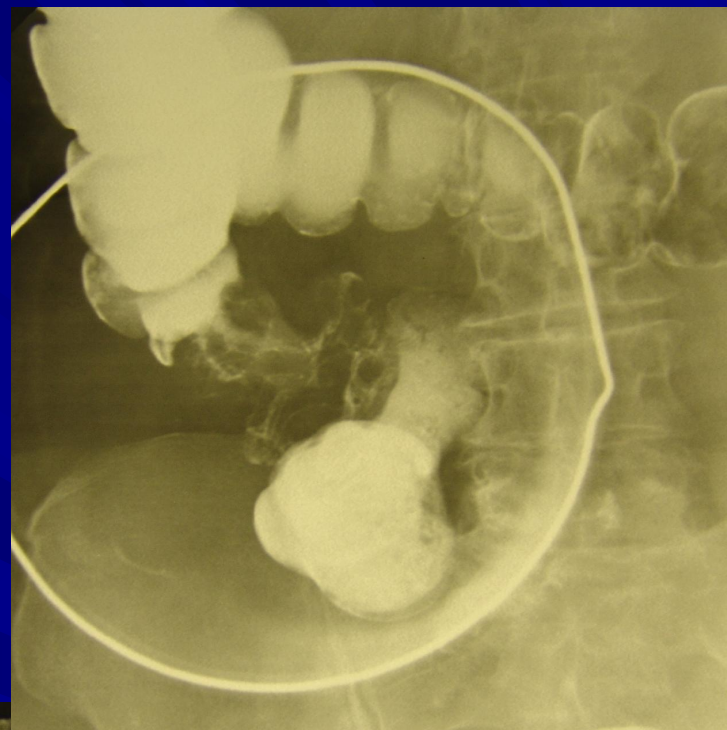
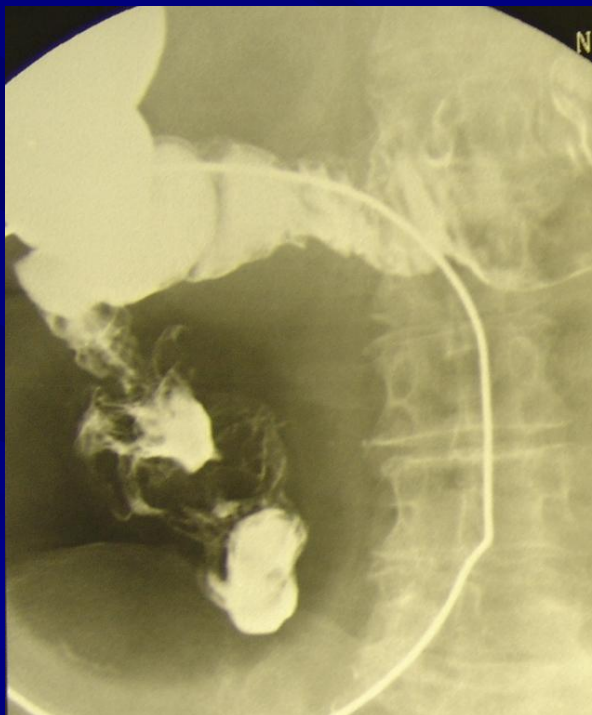
Женщина, 66лет
госпитализирована для
холецистэктомии по поводу
хрон. холецистита

ЖКБ, отключенный ЖП

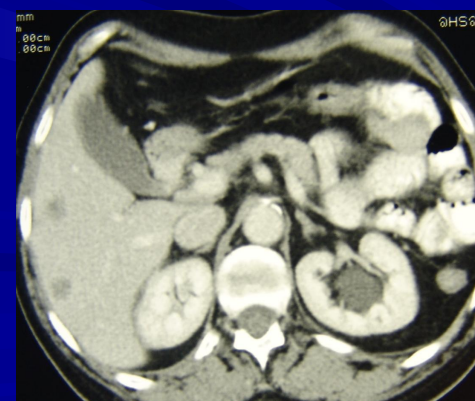
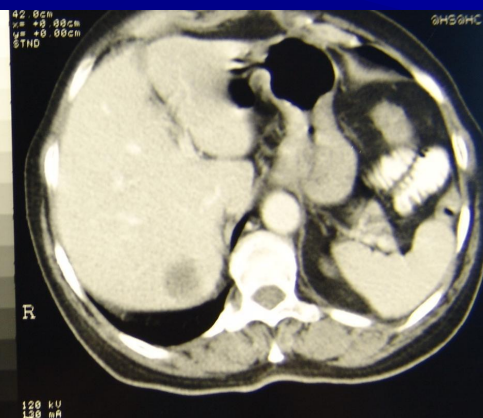
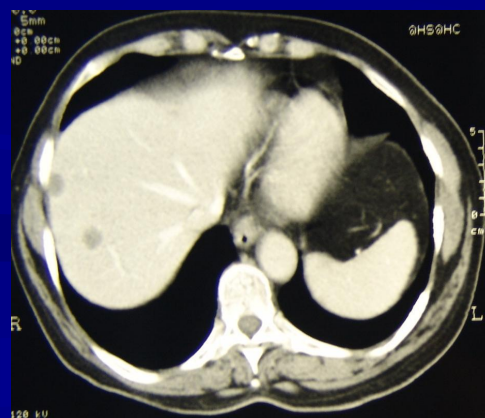
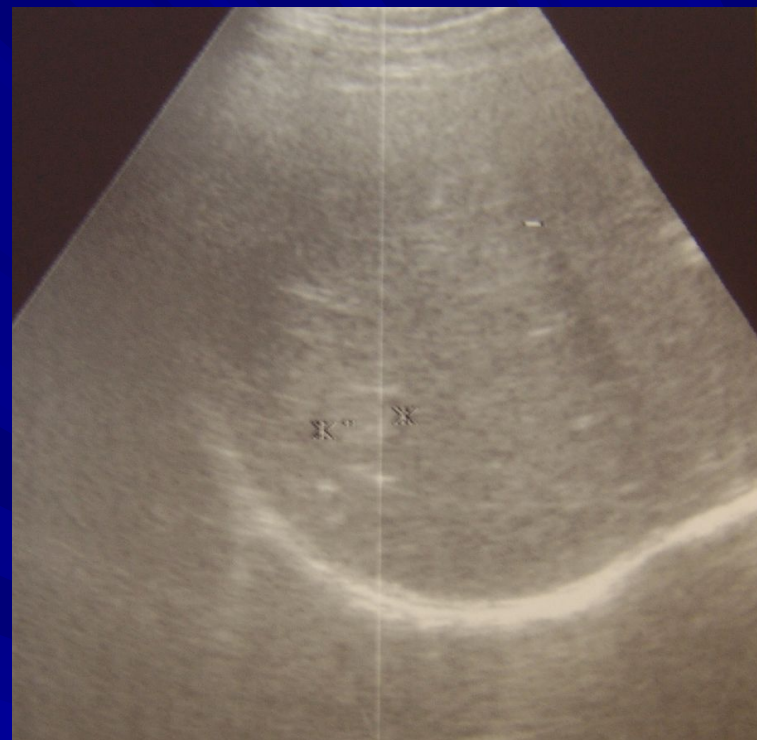
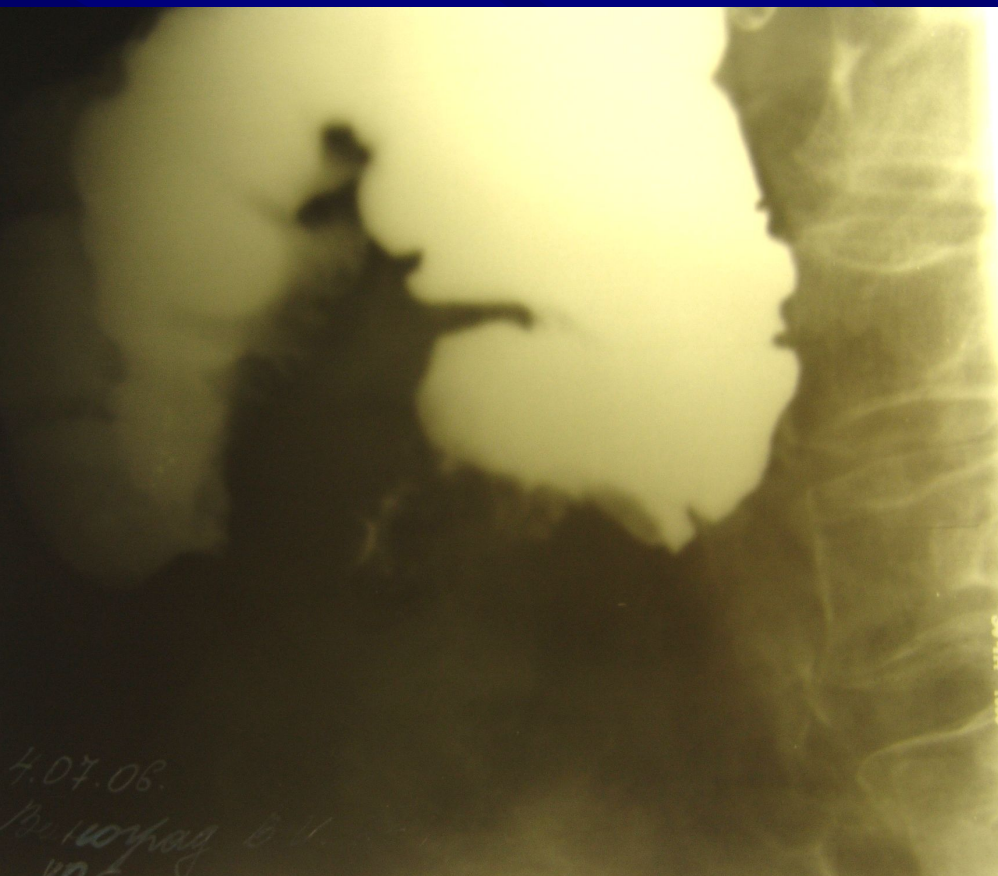


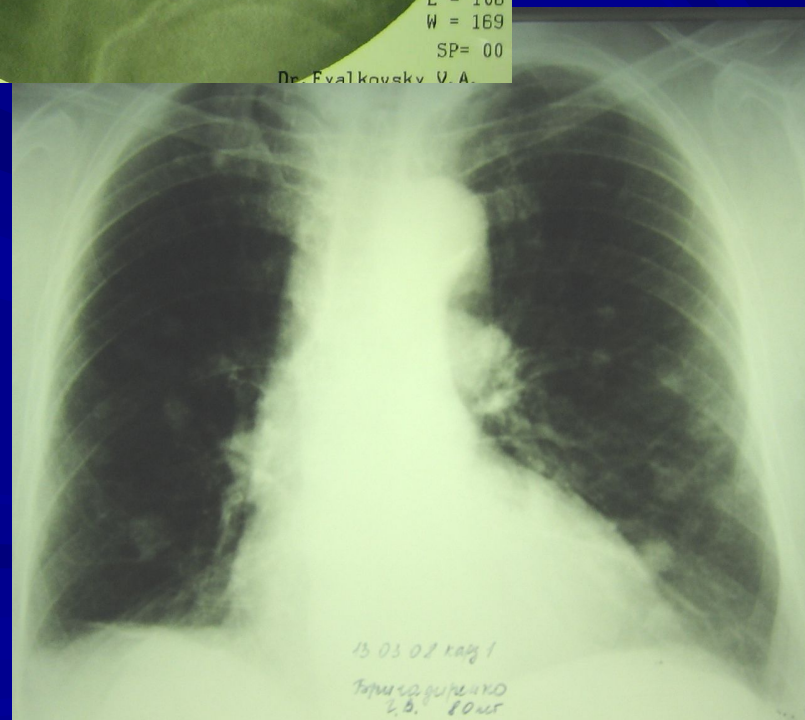
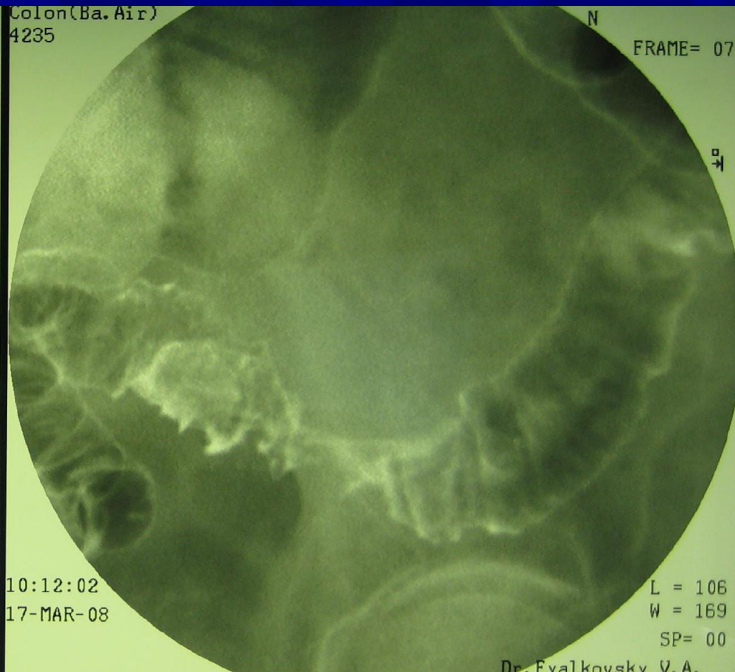
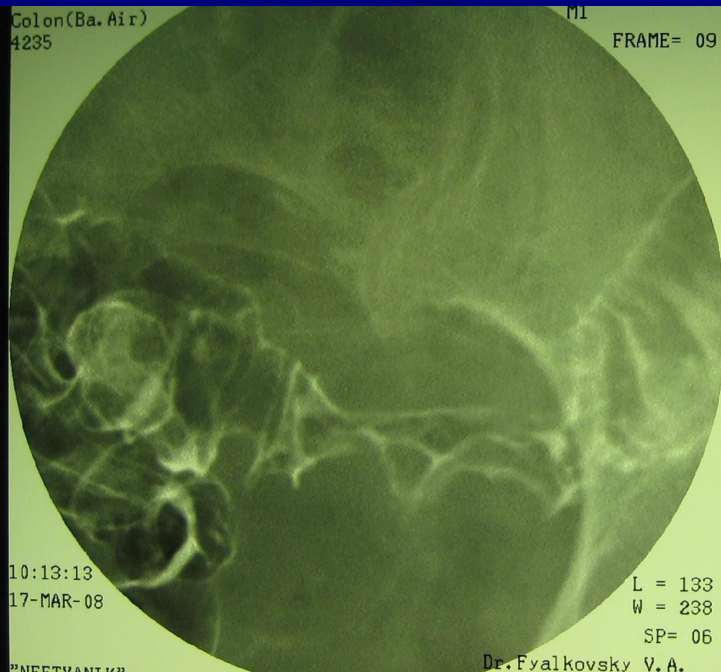


Окончание. Рак слепой кишки



Женщина, 67лет
 3 месяца после
 аппендэктомии
 пальпируют
 инфильтрат?
 Корпус?





БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ