

---

## ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

---

УДК (616.61+616.348)-006.04-073.75

МИКОЛА ВІЛЄНОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ<sup>1,2</sup>,  
ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ БІЛИЙ<sup>1,2</sup>, ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА АСТАП'ЄВА<sup>2</sup>,  
РУСЛАН АНАТОЛІЙОВИЧ ПІДЛІСНИЙ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет

### ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ КОМП'ЮТЕРНІЙ ТОМОГРАФІЇ. ВИПАДОК НЕВИЯВЛЕННЯ РАНЬОГО РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ ПРИ СИНХРОННОМУ РАКУ НИРКИ

**Резюме.** Представлено випадок синхронного раку нирки і ободової кишки. У пацієнтки на діагностичному етапі виявлено рак правої нирки, проведено КТ-протокол з внутрішньовенним контрастуванням. Лише при лапаротомії виявлено рак низхідного відділу ободової кишки, що не візуалізувався при комп'ютерній томографії. Хворій виконані правобічна нефректомія і операція Мікуліча.

**Ключові слова:** первинно-множинний злоякісний процес, рак ободової кишки, рак нирки, комп'ютерна томографія, хірургічне лікування.

Широке використання у клінічній практиці знайшли високоінформативні методи променевої візуалізації: багатопарова спіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, однофотонна емісійна комп'ютерна томографія та позитронна емісійна томографія. Подальший розвиток отримали сучасні ультразвукові технології [1].

В Україні для діагностики захворювань нирок та органів черевної порожнини найчастіше використовують комп'ютерну томографію з контрастуванням та ультразвукову діагностику [2]. Болюсне внутрішньовенне контрастування є найбільш розповсюдженим методом контрастного підсилення при КТ, який дозволяє підвищити можливість диференціальної діагностики патологічних процесів у паренхіматозних органах. Діагностика новоутворень нирки складає від 2 до 6% усіх захворювань сечостатевої системи та приблизно 3% всіх пухлин людини. Діагностика новоутворень нирки при наявності сучасних методів досліджень не становить труднощів та базується головним чином на даних УЗД, рентгенівської КТ та МРТ [2]. Однак необхідно зазначити, що діагностична верифікація малих утворень може бути ускладненою. Для вибору подальшої тактики ведення пацієнтів

необхідна сумісна робота таких спеціалістів як уролог та радіолог, враховуючи те, що питання щодо проведення біопсії цих утворень є дискусійним [1].

Діагностична ефективність спіральної комп'ютерної томографії при встановленні місцеворозповсюджених пухлин кишечника, за даними деяких авторів, склала при стадіях пухлини I–II: чутливість методу — 81%, специфічність — 70%, точність 76%; при стадії III: чутливість — 80%, специфічність — 66%, точність 84%; при стадії IV: чутливість — 93%; специфічність — 8%, точність 91% [3]. За даними інших дослідників, комп'ютерна томографія в діагностиці новоутворень товстої кишки має таку специфічність: при розмірах пухлини від 5 до 9 мм — 63,1%; при пухлинах від 1 см та більше — 90,4% [4, 8]. Як повідомляють інші дослідники [5], чутливість КТ при встановленні раку нирки T 1 склала 36,3%, при нирковому раку більших розмірів — 98%, специфічність досліджень досягає 83,5 і 96,3% відповідно.

Крім того, багато дослідників привертають увагу до можливих помилок при проведенні КТ-досліджень. Причинами помилок можуть бути: невідповідна підготовка хворих до КТ, наявність супутніх запальних змін в черевній порожнині («симптом додаткового утворення»); забагато рідини в порожнині кишки після використання форстрану, що додатково примушує хворих приймати внутрішньо розчин препарату,

---

© М. В. Красносельський, О. М. Білий, О. М. Астап'єва,  
Р. А. Підлісний, 2018

до складу якого входить йод, з метою контрастування остаточної рідини [3, 4].

Традиційні та нові методи ультразвукового дослідження в діагностиці захворювань дозволяють оцінити товщину стінки та стан навколишніх структур (включаючи перифокальне запалення), а також діагностувати ступінь та локалізацію уражених сегментів кишечника; а також ускладнення запальних та онкологічних процесів (нориця, абсцес, розпад пухлини, кишкова непрохідність та ін.) [6].

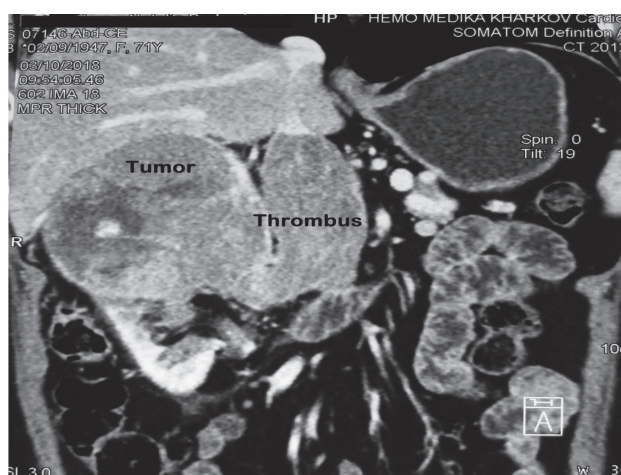
Існують роботи стосовно скринінгової ультразвукової діагностики раку ободової кишки, за даними яких чутливість методу УЗД у виявленні раку ободової кишки складає 97,7%, специфічність дослідження 72,2% [7]. Крім того, деякі дослідники відмічають помилки при проведенні ультразвукової діагностики кишечника через наявність вільної рідини в черевній порожнині внаслідок запальних або онкологічних процесів, наявності ліпом товстої кишки, стійкої спазм гладенької мускулатури (похибно-позитивний результат) [6, 7]. Наявність також у хворого нирки у вигляді «підкови» викликає помилки в УЗ-діагностиці раку ободової кишки.

Таким чином, методи променевої діагностики, зокрема комп'ютерна томографія та ультразвукова діагностика, широко використовуються для виявлення захворювань нирок та кишечника, мають достатньо високу діагностичну інформативність. Втім, існують об'єктивні причини щодо помилкових діагностичних висновків.

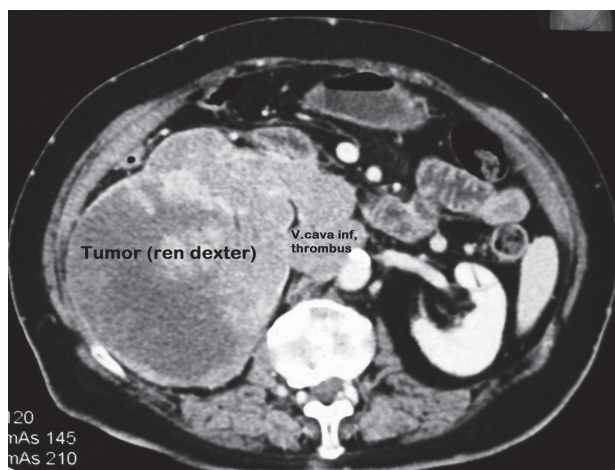
Імовірність розвитку первинно-множинних пухлин у онкологічних хворих у 6 разів вища, ніж у середньому по популяції. З урахуванням цих обставин, всі пацієнти з такими захворюваннями після лікування повинні перебувати під диспансерним наглядом і проходити регулярні обстеження. Такий захід дозволяє виявляти рецидиви первинної неоплазії і діагностувати метакронність первинно-множинної пухлини. Ризик розвитку другого онкологічного ураження збільшується у віці 55–70 років, що має враховуватися при плануванні обстеження пацієнтів [9].

У цьому випадку цікавим є клінічний випадок пацієнтки з двома синхронними злоякісними пухлинами. Хвора П., 71 рік, направлена у клініку ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України» зі скаргами на періодичний біль у правій поперековій ділянці. При дообстеженні діагностовано пухлину правої нирки. Цитологічно: пунктат новоутворення правої нирки — рак-кіста.

За даними СКТ ОГК, ОЧП, ОМТ і заочеревинного простору з внутрішньовенним контрастуванням: КТ-ознаки неопластичного новоутворення правої нирки з пухлинним тромбозом правої ниркової вени, нижньої порожнистої вени до позадупечінкового сегмента; частковим пролабуванням тромба в ліву ниркову вену (рис. 1). Мts регіонарна лімфаденопатія. Тромб у дистальних відділах правої легеневої артерії (пухлинний?). Тромби в лівій загальній клубовій вені, в правій яєчниковій вені. Відзначається розширення підшкірних вен передньої черевної стінки.



а



б

Рис. 1. Пухлина правої нирки з пухлинним тромбозом правої ниркової та нижньої порожнистої вени

Іншої патології на досліджуваних рівнях не виявлено (рис. 2).

**Остаточний діагноз.** Рак правої нирки pT4NxM0, III ст. Стан після тромбозу правої ниркової вени, нижньої порожнистої вени, лівої зовнішньої клубової вени (4 місяці) з реканалізацією. Післятромбофлебічний синдром правої нижньої кінцівки, 2 кл. гр.

У плановому порядку 30.10.2018 р. виконана операція: Лапаротомія. Розширена комбінована нефректомія праворуч. Вена-каватромбектомія. Аортокавальна лімфодисекція. Інтраопераційно виявлена пухлина селезінкового вигону ободової кишки циркулярно звужує просвіт кишки, розмірами до 3 см, що втягує серозу. Прийнято рішення про виконання 1-го етапу операції Грекова-Мікуліча (накладення двостовбурової колостомії з пухлиною). У післяопераційному періоді на 2-гу добу після операції було виконано другий етап операції Грекова-Мікуліча (циркулярне висічення ділянки ободової кишки з пухлиною).

**ПГЗ від 30.10.18.** Видалена нирка з жировою капсулою розміром 19 × 14 × 10 × 10,5 см з наявністю пухлини, що розпадається, виходить ймовірно з мисок; видалені заочеревинні лімфовузли; видалені роздроблені пухлиноподібні частки (тромб); видалений шматочок сечоводу довжиною 4 см з наявністю в порожнині пухлинних мас. Висновок: зернисто-клітинний



а



б

**Рис. 2.** КТ органів черевної порожнини пацієнтки П. За даними КТ органічної патології ободової кишки не виявлено

гіпернефроїдний рак (M8320 / 5), проростає в жирову камеру, з метастазами в лімфовузли та поширенням у сечовід.

**ПГЗ від 14.11.18.** Видалено ділянку товстої кишки довжиною 7 см з пухлиною діаметром 2,5 см з інвазією всіх шарів стінки. У жировій тканині лімфовузли діаметром до 0,3 см. Висновок: Аденокарцинома, що проростає всі шари стінки кишки. Лімфовузли вільні від метастазів (M8144 / 3).

Хвора перебувала у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, на 9-ту добу після операції переведена до профільного відділення (онкохірургії) у стабільному стані. Надалі післяопераційний період мав звичайний перебіг.

Діагноз: основний: Первинно-множинний синхронний рак: 1) рак правої нирки, рТ4N1M0, ст. III, пухлинний тромбоз правої ниркової вени, нижньої порожнистої вени, правої зовнішньої клубової вени,

післятромбофлебічний синдром правої нижньої кінцівки, стан після розширеної комбінованої правобічної нефректомії з венакаватромбектомією, аортокавальною лімфаденектомією, 2 кл. гр.; 2) рак селезінкового кута ободової кишки, рТ3N0M0, ст. II, стан після хірургічного лікування, 2 кл. гр.

Таким чином, на підставі представленого клінічного випадку можна зробити такі висновки:

1. При спостереженні за онкологічними хворими слід пам'ятати про можливе виникнення 2-х і більше злоякісних пухлин у одного хворого, причому як синхронно (одночасно), так і метакронно (з інтервалом 6 місяців і більше).

2. У даному випадку відсутність клінічних та інструментальних симптомів раку ободової кишки до операції є прикладом прихованого перебігу захворювання, виявленого лише при інтраопераційній ревізії.

3. Відсутність органічної патології ободової кишки за даними КТ і УЗД у даної пацієнтки ще раз наголошує на необхідності виконання діагностичної колоноскопії у зв'язку з підвищеним ризиком виникнення синхронних злоякісних пухлин у цієї категорії хворих.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Захарова В. В.* Оптимизация лучевых методов исследования в диагностике рака гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны / В. В. Захарова, Э. С. Гаврилов, А. А. Карпунина, А. Ю. Ермолаева // Вестн. Чуваш. ун-та. — 2013. — № 3. — С. 426–431.
2. *Бабкина Т. М.* Плоскоклеточный рак: компьютерно-томографическое исследование с использованием юнипака / Т. М. Бабкина, В. В. Черепанов, С. А. Кондрачук // Лучевая диагностика, лучевая терапия. — 2012. — № 1. — С. 36–43.
3. *Фролков Э. В.* Роль спиральной компьютерной томографии в диагностике рака прямой кишки: дис. ... канд. мед. наук / Э. В. Фролков. — 2004. — 98 с.
4. *Жолдыбай Ж. Ж.* Компьютерная томография в диагностике новообразований толстой кишки / Ж. Ж. Жолдыбай, Т. С. Ахметова, Ж. М. Ананкиров // Вестник. — 2015. — № 4. — С. 130–131.
5. *Ваганов Ю. В.* Компьютерная томография в диагностике опухолей почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Ваганов. — Минск, 1995.
6. *Schreiber-Dietich Dagmar.* Традиционные и новые методы ультразвукового исследования заболеваний кишечника / Dagmar Schreiber-Dietich, Barbara Braden, E. A. Хомяков // Колопроктология. — 2014. — № 3. — С. 4–21.
7. *Вергасова Е. В.* Скрининговая ультразвуковая диагностика рака ободочной кишки. Инструкция по применению / Е. В. Вергасова, С. И. Пиманов, Н. К. Луд // Витеб. гос. мед. ун-т. — 2008.
8. *Степаненко Н. А.* Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике мелких образований в почке / Н. А. Степаненко, А. В. Хоревин // Променева диагностика, променева терапия. — 2011. — № 1–2. — С. 124–125.
9. *Первично-множественные злокачественные опухоли: руководство для врачей / под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга.* — М.: Медицина, 2000. — 332 с.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2018.

Н. В. КРАСНОСЕЛЬСКИЙ<sup>1,2</sup>, А. Н. БЕЛЫЙ<sup>1,2</sup>, О. Н. АСТАПЬЕВА<sup>2</sup>, Р. А. ПОДЛЕСНЫЙ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

<sup>2</sup> Харьковский национальный медицинский университет

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ. СЛУЧАЙ НЕВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ СИНХРОННОМ РАКЕ ПОЧКИ

**Резюме.** Представлен случай синхронного рака почки и ободочной кишки. У пациентки на диагностическом этапе выявлен рак правой почки, проведен КТ-протокол с внутривенным контрастированием. Лишь при лапаротомии выявлен рак нисходящего отдела ободочной кишки, который не визуализировался на компьютерной томографии. Больной выполнены правосторонняя нефрэктомия и операция Микулича.

**Ключевые слова:** первично-множественный злокачественный процесс, рак ободочной кишки, рак почки, компьютерная томография, хирургическое лечение.

M. V. KRASNOSELSKYI<sup>1,2</sup>, A. N. BELIY<sup>1,2</sup>, O. N. ASTAPIEVA<sup>2</sup>, R. A. PIDLISNIY<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SI «Grigoriev Institute for Medical Radiology of National Academy of Medical Science of Ukraine», Kharkiv

<sup>2</sup> Kharkiv National Medical University

### DIAGNOSTIC ERRORS IN COMPUTER TOMOGRAPHY. THE CASE OF DETECTION OF EARLY COLON CANCER AT SYNCHRONOUSE KIDNEY CANCER

The article describes the case of synchronous cancer of the kidney and colon. At the patient at the diagnostic stage cancer of the right kidney was revealed. A CT-protocol of 3 floors with intavenous contrasting was performed. Cancer of the descending colon, which was not visualized on CT was detected only with laparotomy. The patient undergone right-sided nephrectomy and Mikulich operation.

**Keywords:** primary multiple malignant process, colon cancer, kidney cancer, computed tomography, surgical treatment.

#### Контактна інформація:

Білий Олександр Миколайович

старший науковий співробітник відділення онкохірургії ДУ «ІМР НАМН України»

вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна

тел.: +38 (067) 280-73-89

e-mail: abely@ukr.net