

У 8 (11,3%) пацієнтів опухоль мела толстокишечную локалізацію (слепая кишка — у 1 (1,4%) пацієнта, поперечная ободочная кишка — у 3 (4,2%) пацієнтів, нисходящая ободочная — у 2 (2,8%) пацієнтів и сигмовидная кишка — у 2 (2,8%) пацієнтів). Внутріпросветную локалізацію мали 3 пацієнта и 5 пацієнтів — внепросветную.

Внепросветная локалізація опухолі зустрічалась в 1,4-1,6 разів частіше, ніж внутріпросветная.

У 1 (1,4%) пацієнта була виявлена первично множественная локалізація опухолей (в желудке и 12-перстной кишке). Первично множественные опухолі желудка (сочетание двух ГИСО и одного рака желудка) були виявлені у 1 (1,4%) пацієнта.

Степень заповнення и расширение просвета тонкой и толстой кишки пероральним рентгенонегативним розчином поліетиленгликоля 4000 була оптимальною у 89% пацієнтів для виявлення невеликих внутріпросветних образунків, а також для дифференціальної оцінки внутрі- и внепросветного компонента опухолі. Субоптимальне заповнення тонкой кишки було виявлено у 4% пацієнтів, толстой кишки — у 7% пацієнтів.

У 17 (23,9%) пацієнтів відзначались збільшені регіонарні лімфоузлы.

Метастази в печінку на момент первичного КТ-исследования були виявлені у 23 (32,4%) пацієнтів. У 2 (2,8%) пацієнтів виявлен карциноматоз брюшини. Локальная інвазія прилежачих органів и структур була виявлена у 9 (12,7%) пацієнтів

Признаки обструктивної кишкової непрохідності (low-grade) відзначались у 3 (4,2%) пацієнтів с локалізацією перехідної зони у 2 пацієнтів в підвздошній кишкє и у одного — в нисходящєй ободочній кишкє.

Выводи. Контрастно усилєнная МДКТ-ентерографія є неінвазивним методом виявлення гастроінтєстинальних стромальних опухолей різної локалізації, дозволяє віділити внутрі- и внепросветную локалізацію опухолей, виявити інвазію прилежачих органів и структур, виявити перитонеальний карциноматоз, а також наявність віддалєних метастазів на доопераційному етапі.

КТ-ДІАГНОСТИКА ЛІМФОМИ. АТИПОВІ ФОРМИ

Кураєва Л.Г.

«Гемо Луцьк», м. Луцьк, Україна

Вступ. Діагностика лімфоми в останні роки зазнала значних змін, і від променевиx методів діагностики очікують більш детальної і точної відповіді на питання про розташування, поширення, а також можливості виявлення ранніх стадій захворювання, оцінки лікування, виявлення залишкових змін. Лімфома є групою гетерогенних захворювань, до якої входить понад 30 видів із різними клінічними проявами, прогнозом, агресивністю. Крім хвороби Ходжкіна, що нараховує кілька типів (лімфогранулематоз), виділяють неходжкінські лімфоми, поширеними серед них є дифузна В-клітинна лімфома, фолікулярна лімфома, також часто зустрічаються Т-клітинні і MALT-лімфоми, лімфома Беркіта та інші. Найчастіше захворювання уражає лімфовузлы, але нерідко зустрічаються екстранодальні ураження, які можуть бути в будь-якому місці тіла людини, тому візуалізація відіграє

ключову роль в діагностиці захворювання, оцінці відповіді на лікування та виявлення рецидивів.

Мета — демонстрація типів екстранодальних лімфопроліферативних уражень. Розглядаються типові та атипів форми нодальних уражень. Візуалізація змін органів-мішеней, обговорення питань складності диференційної діагностики лімфом із запальними та пухлинними захворюваннями.

Матеріали та методи. З 2014 по 2016 рік обстежено 64 пацієнти з гістологічно підтвердженими лімфомами, у 32 пацієнтів виявлено екстранодальні ураження у вигляді солітарних мас і множинних фокусів. У 2 пацієнтів виявлена дифузна інфільтрація заочеревинного простору. Екстракапсулярні поширення нодального ураження виявлено в 1 пацієнта, у 2 пацієнтів спостерігалось екстранодальне ураження з інвазією оточуючих тканин (лімфома шлунка). Вторинне залучення органів (нирки, легені) шляхом прямої інвазії з лімфатичних зон спостерігалось в 6 пацієнтів.

Обговорення. Типами екстранодального лімфопроліферативного ураження є: солітарна пухлина, множинні фокуси, міліарне ураження, лімфоматозна відмежована інфільтрація, лімфоматозна дифузна інфільтрація. Перші 2 типи зустрічаються значно частіше за інші. Екстранодальні ураження відрізняються різноманіттям форм, можливе ураження будь-яких органів із переважанням залучення селезінки, печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту. Типовими проявами нодального ураження є аденопатія з овальною або округлою формою гомогенних лімфовузлів. Атипівими формами є некроз лімфовузлів, екстракапсулярне поширення.

Висновки. Є певна складність трактування КТ-картини при атипівих формах лімфопроліферативних змін, як нодальних, так і екстранодальних уражень. Знання особливостей КТ-картини, різноманіття ураження органів-мішеней при лімфомах дозволяє в більшості випадків установити правильний діагноз. Тому використання мультимодального підходу значно полегшує завдання диференціальної діагностики.

КТ-ДІАГНОСТИКА ЛІМФОМИ. СТАДІЮВАННЯ

Кураєва Л.Г.

«Гемо Луцьк» м. Луцьк, Україна

Вступ. Візуалізація лімфопроліферативних змін відіграє ключову роль в діагностиці захворювання, оцінці відповіді на лікування та виявлення рецидивів. В даний час немає універсальної класифікації стадіювання лімфом. Найбільш широко застосовується стадіювання по Ann Arbor (1971 р., модифікація 1989 р.) I, як і більшість класифікацій, вона недосконала. Оцінка локалізації та поширення захворювання безумовно важлива для визначення подальшої тактики і прогнозу. У зв'язку з цим в 2011 році розроблена нова класифікація лімфом по Lugano, з модифікацією 2013 року, яка використовує попередню методику стадіювання по Ann Arbor і є зручним інструментом для оцінки посттерапевтичних відповідей у пацієнтів з лімфоною.

Мета дослідження — огляд термінології в класифікації по Lugano: вимірювальне цільове ураження, невимірювальні ураження, критерії спленомегалії, оцінка зливних уражень тощо. Розбір інтерпре-