

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 і сигмовидная кишка — у 2 (2,8%) пацієнтів). Внутріпросветную локалізацію мали 3 пацієнта і 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 і 12-перстной кишці). Первично множественные опухолі желудка (сочетание двох ГИСО і одного рака желудка) були виявлені у 1 (1,4%) пацієнта.

Степень заповнення і розширення просвета тонкої і товстої кишки пероральним рентгеногегативним розчином поліетиленгліколя 4000 була оптимальною у 89% пацієнтів для виявлення невеликих внутріпросветних образунків, а також для диференціальної оцінки внутрі- і внепросветного компонента опухолі. Субоптимальне заповнення тонкої кишки було виявлено у 4% пацієнтів, товстої 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. Локальна інвазія прилежачих органів і структур була виявлена у 9 (12,7%) пацієнтів.

Признаки обструктивної кишкової непрохідності (low-grade) відзначались у 3 (4,2%) пацієнтів з локалізацією перехідної зони у 2 пацієнтів в підвздошній кишці і у одного — в нисходящій ободочній кишці.

Висновки. Контрастно посиленна МДКТ-ентерографія являється неінвазивним методом виявлення гастроінтестинальних стромальних опухолей різної локалізації, дозволяє віділити внутрі- і внепросветную локалізацію опухолей, виявити інвазію прилежачих органів і структур, виявити перитонеальний карциноматоз, а також наявність віддалених 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 променевих 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 різноманітністю 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, різноманітності 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-

тації КТ-картини при різних варіантах відповіді на лікування.

Матеріали і методи. У 2016 році обстежено 8 пацієнтів із лімфомами з оцінкою динаміки за класифікацією Lugano. У 5 пацієнтів виявлено часткову відповідь на терапію, у 2 пацієнтів картина відповідає повній відповіді, 1 пацієнт був із прогресуванням захворювання. Вимірювання цільових уражень виконувалися відповідно до рекомендацій Lugano.

Обговорення. Оцінка терапевтичного ефекту за даними КТ виконується відповідно до класифікації по Lugano. Варіанти відповіді на лікування залежать від ряду критеріїв та інтерпретуються як повна відповідь, часткова відповідь на лікування, стабільне захворювання і прогресуюче захворювання. КТ-картина відображає морфологічну оцінку, але виключає функціональну характеристику, активність процесу (для цього використовується ПЕТ\КТ). Інтерпретація результатів досить трудомістка і забирає чимало часу, що має враховуватися при плануванні черговості пацієнтів.

Висновки. КТ-оцінка є пріоритетом як в оцінці первинного обстеження пацієнтів з лімфомами, так і в оцінці контролю після лікування. Знання нюансів стадіювання лімфом по Lugano допоможе лікарю-рентгенологу правильно інтерпретувати виявлені зміни і визначити стадію лімфоми.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ, МЕТОДИКИ, ТЕХНИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Кушнеров А.И.¹, Жайворонок М.Н.²,
Руденко С.И.¹

¹3-я городская клиническая поликлиника,
г. Минск, Беларусь

²Медицинское научно-практическое
объединение «МедБуд», г. Киев, Украина

Вступление. Технические достижения в области сонографии и накопление значительного практического опыта в ультразвуковом исследовании (УЗИ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в течение последних 30 лет значительно расширило показания к применению метода в клинике. В этой связи необходимо обратить внимание на знания специалистов физических основ ультразвука, включая феномены артефактов, выбора частоты и оптимизации изображения, а также овладение такими современными методами и методиками исследования, как доплерография, контрастное УЗИ, эластография.

Цель — стандартизация подходов относительно технического оснащения, выбора методик исследования, интерпретации полученных данных.

Материалы и методы. УЗИ большого сальника, мезентериальных сосудов и лимфатических узлов полноценно включается в объем исследования. Интерпретация и документация полученных результатов проводится в сочетании с данными УЗИ внекишечных изменений, клиническими данными. Для УЗИ ЖКТ необходимы датчики как высоко-, так и низкочастотные. При оценке утолщенной кишечной стенки используют датчики с частотой свыше 5 МГц. Цветовое доплеровское картирова-

ние необходимо применять при оценке васкуляризации патологически измененной кишечной стенки. Эхо-контрастное усиление (болюсное введение препарата) может быть использовано в дифференцировании аваскулярного кишечника от прилежащих патологических процессов, включая абсцессы и флегмоны. Эластография — относительно новая технология, которая отражает эластичность («жесткость») тканей и уже используется в клинической практике. Эластография может быть полезной в оценке патологического утолщенного кишечника, особенно при трансректальном и трансвагинальном УЗИ прямой кишки, в дифференциальной диагностике между фиброзным и воспалительным стенозом при болезни Крона.

Результаты и их обсуждение. Рутинное УЗИ кишечника не требует специальной подготовки. Перед измерением висцерального кровотока рекомендуется ограничение приема пищи >6 часов. RI в верхней брыжеечной артерии находится в норме между 0,80 и 0,89; Vmax — между 80 и 220 см/с. Утром, натощак лучше оценивается желудочно-кишечная моторика. Нормальное время транспортировки содержимого для тонкой кишки колеблется от 2 до 6 часов, для ободочной кишки — 20-72 часа. УЗИ ЖКТ проводят после исследования паренхиматозных органов. Желательно, чтобы был заполнен мочевого пузыря, который вытесняет из полости таза петли тонкой кишки и позволяет оценить ректосигмоидное соединение толстой кишки. Обычно УЗИ ЖКТ начинают с илеоцекального отдела, идентифицируя подвздошную и слепую кишку. Осуществляют «дозированную» компрессию всех отделов кишечника, следуя дыхательным движениям. Эта методика используется для обнаружения утолщения кишечной стенки, выявления полипов, дивертикулита, аппендицита и др. Внутривисцеральное исследование содержимого может мешать УЗ-оценке поражения стенки и выявлению образований в полости органа. Заполнение полости анэхогенным диагностическим раствором облегчает УЗИ ЖКТ. Растяжение стенок и расширение просвета ободочной кишки с ретроградным введением анэхогенного раствора (гидроколонография) и пероральный прием гиперосмотических растворов позволяет осуществить визуализацию толстой кишки от ректосигмоидного соединения до слепой кишки, обеспечивая подробную оценку состояния стенок ободочной кишки, ее просвета и окружающих структур. В отличие от УЗИ желудка и толстой кишки тонкую кишку нельзя адекватно заполнить диагностическим раствором. Исследование тонкой кишки после приема небольшого (250-500 мл) количества изосмолярного раствора полиэтиленгликоля (PEG) 3350-4000 (макроголь), аналогичное КТ- или МРТ-энтерографии, называют контрастной УЗ-энтерографией или УЗИ тонкой кишки. Эта техника позволяет визуализировать всю тонкую кишку от дуоденального угла до илеоцекального клапана. Толщина стенок тонкой кишки ≤3 мм, а диаметр просвета ≤25 мм. Толщина стенки кишечника измеряется перпендикулярно к стене от границы между серозной оболочкой и собственно мышечным слоем к внутренней поверхности между слизистой оболочкой и полостью органа.