

В. М. Соколов

доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки та техніки України,
академік інженерних наук України,
завідувач кафедри променевої діагностики, терапії,
радіаційної медицини та онкології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

О. О. Долгушин

асистент кафедри променевої діагностики, терапії,
радіаційної медицини та онкології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

КЛІНІКОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЛІМФОМОЮ/ЛЕЙКОЗОМ ШЛУНКА ТА ПОРАЗКИ КИШЕЧНИКА

Анотація. Лімфопроліферативні захворювання – це група онкологічних патологій, що виходять із лімфоїдної тканини. Вони можуть бути гострими чи хронічними, легкими чи важкими. Лейкопенія – це одне з лімфопроліферативних захворювань, яке виникає через нестачу лейкоцитів у крові.

Неходжкінська лімфома (НХЛ) є злоякісним захворюванням лімфатичної системи, посідає 10-те місце за поширеністю та 11-те – у структурі смертності від злоякісних патологій у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2012 р. у світі зареєстровано 385 741 випадок захворювання на НХЛ, що становить 2,7% [1] від загальної кількості хворих. Від НХЛ у світі у 2012 р. померло 199 670 осіб, а це 2,4% від загальної кількості померлих від онкологічних захворювань [2]. В Україні в 2015 р. зареєстровано 2092 [3] хворих НХЛ. Захворюваність становить 5,8 на 100.

У цьому дослідженні проведено ретроспективний аналіз діагностичних зображень екстранодальних лімфом шлунка у 68 осіб, виконаних за допомогою КТ у стандартних умовах із внутрішньовенним контрастуванням. Оцінювали ступінь поширення злоякісного процесу в шлунку та на прилеглі органи, структуру лімфопроліферативного процесу, товщину стінки, складчастість слизової оболонки, стан зовнішнього контуру та прилеглої клітковини, наявність та розміри лімфовузлів черевної та грудної порожнини.

Лімфома шлунка є найбільш поширеною локалізацією екстранодальних лімфом, складаючи 25% всіх таких лімфом, 50% всіх лімфом шлунково-кишкового тракту, але становить лише 1-5% всіх злоякісних новоутворень шлунка 1-3,8.

Зазвичай первинна лімфома шлунка виникає у дорослих на 6-му десятилітті життя без явної гендерної схильності. (9). Вторинна лімфома шлунка відповідає демографічним характеристикам основної лімфоми.

Виділяють три різних типи лімфоми шлунка (7, 8).

MALT-лімфома низького ступеня злоякісності: 60% всіх первинних лімфом шлунка.

Первинні спорадичні лімфоми: переважна більшість є В-клітинні неходжкінські лімфоми.

Вторинне ураження шлунка системною лімфомою (зазвичай високого ступеня тяжкості).

Лімфома, асоційована зі слизовою оболонкою (MALT), тісно пов'язана з *Helicobacter pylori* (85–98% випадків). Це лімфоми низького ступеня злоякісності, які можуть регресувати після лікування *Helicobacter*.

Зазвичай лімфома шлунка демонструє виражене потовщення стінки шлунка (2–4 см) з великим латеральним поширенням пухлини (тобто вздовж стінки шлунка), що є підслизовим поширенням.

У деяких випадках підслизове поширення охоплює більшу частину шлунка, надаючи йому вигляду пластичного лініту. Таке велике ураження пристінкової стінки може також поширюватися через воротар в дванадцятипалу кишку і вище стравохід.

Незважаючи на таке велике ураження, лімфома рідко призводить до обструкції вихідного відділу шлунка 3 або інвазії перигастральної жиркової клітковини.

Маса зазвичай гомогенна по ослабленню, але може містити вогнищеві ділянки низької щільності, що свідчать про некроз.

Часто спостерігається велике заочеревинне та локальне збільшення вузлів.

Ключові слова: первинні спорадичні лімфоми, вторинне ураження шлунка лімфомою, лімфома, асоційована зі слизовою оболонкою, лімфома низького ступеня злоякісності.

Матеріали та методи. Нами було проведено дослідження для виявлення первинної локалізації ураження та визначення його залучення до патологічного процесу у 68 хворих. Середній вік обстежених пацієнтів 60 років.

Результати досліджень. При комп'ютерно-томографічному дослідженні шлунка локальні та дифузні форми НХЗЛ виявлялися на зрізах у вигляді потовщення стінки (понад 8 мм), деформації стінок як по зовнішньому, так і внутрішньому контурам. У цьому поразка шлунка який завжди супроводжувалося регіонарною лімфоаденопатією. Найчастіше в області воріт шлунка та печінки визначалися множинні дрібні пакети збільшених лімфовузлів до 6–8 мм у діаметрі.

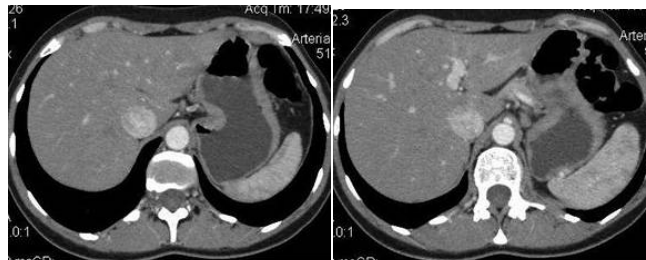


Рис. 1. Лімфома шлунка

На КТ визначається виражена інфільтрація слизової оболонки та підслизового шару, кардіального та субкардіального відділів шлунка з потовщенням слизової оболонки шлунка, чітко простежується межа слизової від інтактного, тонкого та рівного підслизового та м'язового шару.

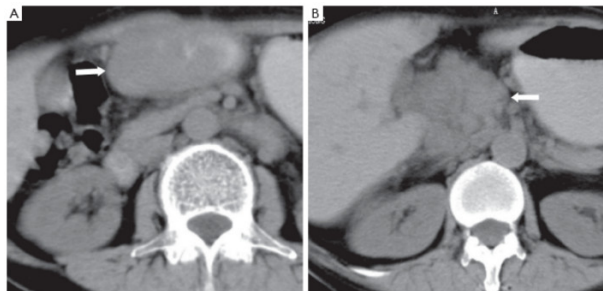


Рис. 2. КТ органів черевної порожнини. Жінка 62 роки. Первинна лімфома шлунка. Наявність субепітеліальної маси в антральному відділі шлунка (А). Регіонарна лімфоаденопатія (В)

Поразка кишечника. Серед лімфом екстранодального характеру найчастіше зустрічаються неходжкінські пухлини ШКТ. Зазвичай подібна локалізація пухлинного процесу носить вторинний характер, будучи результатом метастазування лімфоми із селезінки та інших внутрішньоорганічних структур. Лімфома кишечника є неоднорідне утворення різних розмірів і щільності.

Вона розвивається з лімфоїдної тканини підслизового шару стінки кишки, проростає в слизову оболонку з утворенням виразок і може прорости в серозну оболонку. Лімфоїдна поразка кишечника характеризується широко розставленими складками, а від тиску збільшених прилеглих лімфовузлів характерна картина так званого «частоколу» складок.



Рис. 3. Поразка тонкої кишки

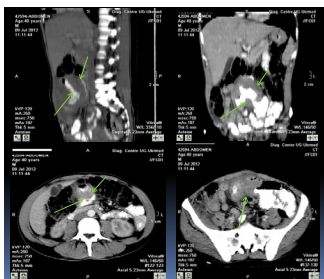


Рис. 4. Ураження товстої кишки Збільшення лімфовузлів брижі

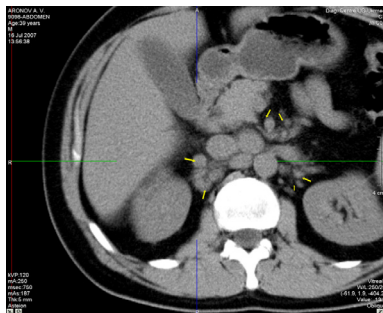


Рис. 5. Збільшені поперекові та міжкишкові л/у

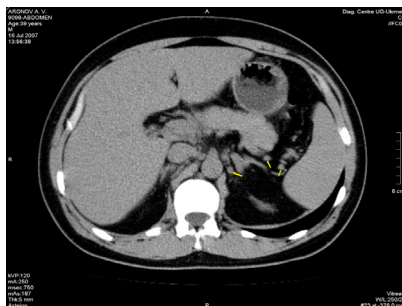


Рис. 6. Збільшені поперекові та міжкишкові л/у



Рис. 7. Збільшені поперекові та міжкишкові л/у у бічній апроєкції

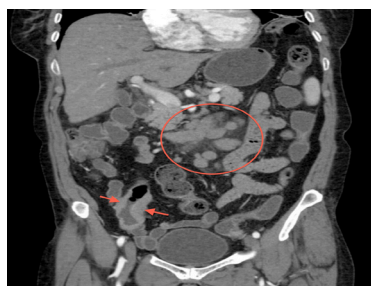


Рис. 8. КТ – фронтальна реконструкція. Значно збільшено групу внутрішньочеревних лімфовузлів. Великі конгломерати (> 1.5-2.0 см) локалізуються біля воріт печінки, селезінки, парапанкреатичної клітковині, вздовж великих судинних структур: аорти, нижньої порожнистої та комірної вени

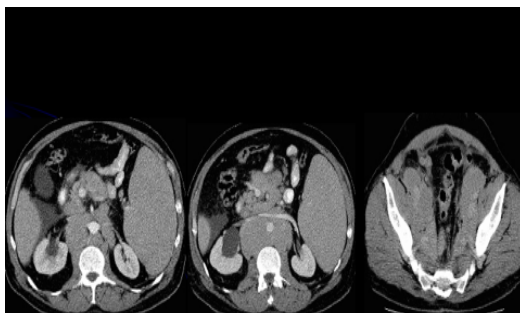


Рис. 9. Хворий М., 72 років. **Діагноз: Malignant Lymphoma.** Широка поразка черевних, тазових і парааортальних л/у

Висновки. КТ одна із провідних методів діагностики НХЗЛ. Її висока інформативність дозволяє рекомендувати СКТ як основний метод діагностики уражених абдомінальних лімфовузлів та поразки кишечника.

При виявленні пакетів збільшених л/вузлів обов'язково слід проводити огляд прилеглих органів: печінки, селезінки та інших органів, визначити їх розмір, щільність.

Збільшені л/вузли найчастіше розташовуються вздовж великих судин та воріт печінки, селезінки, нирок.

Застосування СКТ дозволяє також визначити ефективність лікування (хіміо- та променевої терапії).

Оцінюючи чутливість та специфічність даних КТ, можна відзначити чутливість в оцінці стану абдомінальних лімфовузлів, що дорівнює 96%, а специфічність – 92%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Toma P, Granata C, Rossi A et-al. Multimodality imaging of Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphomas in children. *Radiographics* 2007; 27 (5): 1335–54.
2. Choi W, Weisenburger D, Greiner T et al. A new immunostain algorithm classifies diffuse large Bcell lymphoma into molecular subtypes with high accuracy. *Cancer Res* 2009; 15:5494–5502.
3. Snuderl M, Kolman O, Chen Y et al. Bcell lymphomas with concurrent lymphoma. *Am J Surg Pathol* 2010; 34:327–340.
4. Connors JM. Positron Emission Tomography in the Management of Hodgkin Lymphoma *Hematology*. 2011:317–322.
5. Adonis Manzella, Paulo Borba-Filho, Giuseppe D'Ippolito, and Marcella Farias. Abdominal Manifestations of Lymphoma: Spectrum of Imaging Features. *Radiology* 2013
6. Rashidi A et al: Primary adrenal lymphoma: a systematic review. *Ann Hematol*. 92(12)4583-93, 2013
7. Frampas E. Lymphomas: Basic points that radiologists should know. *Diagn Interv Imaging* 2013; 94 (2): 131–44.
8. В. М. Соколов, Г. М. Рожковська, В. М. Цвіговський, Т. К. Дорофеева, О. А. Корсун, О. О. Долгушин, О. М. Діус, О. Д. Слюсаренко, А. С. Арбатська Ретроспективний аналіз діагностичних зображень лімфопроліферативних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 2024.

V. Sokolov, O. Dolhushyn. Clinicopathologic features of patients with gastric lymphoma/leukemia and intestinal lesions. – Article.

Summary. Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is a malignant disease of the lymphatic system, ranks 10th in prevalence and 11th in the structure of mortality from malignant pathologies in the world. According to the World Health Organization, in 2012, 385,741 cases of NHL were registered in the world, which is 2.7% [1] of the total number of patients. 199,670 people died from NHL in the world in 2012, which is 2.4% of the total number of deaths from cancer [2]. In Ukraine in 2015, 2,092 [3] NHL patients were registered. The incidence is 5.8 per 100.

This study performed a retrospective analysis of diagnostic images of gastric extranodal lymphomas in 68 subjects performed using CT under standard conditions with intravenous contrast. The degree of spread of the malignant process in the stomach and adjacent organs, the structure of the lymphoproliferative process, the thickness of the wall, the folds of the mucous membrane, the condition of the external contour and adjacent tissue, the presence and sizes of lymph nodes in the abdominal and thoracic cavity were evaluated.

Key words: primary sporadic lymphomas, secondary lymphoma of the stomach, lymphoma associated with the mucous membrane, low-grade lymphoma.