

Результати та обговорення. У пацієнта Д. встановлено прижиттєво та підтверджено патологоанатомічно діагноз: ВІЛ/СНІД та туберкульоз легень. У пацієнта С. на початку діагностичного процесу, на основі клінічних та променевих даних, було помилково діагностовано системне захворювання, в подальшому спростоване лабораторними методами, які спонукали переглянути встановлений діагноз та запідозрити ВІЛ/СНІД-асоційовану патологію, яка підтвердилась патологоанатомічно: ВІЛ/СНІД та пневмоцистна пневмонія. Пацієнт Г. надходив із встановленим статусом ВІЛ/СНІД з приводу підтвердження супутнього генералізованого процесу; патологоанатомічний діагноз: ВІЛ/СНІД та генералізований туберкульоз з ураженням лімфатичних вузлів. Наступний пацієнт Р. з клініко-лабораторним, променевим та патологоанатомічним діагнозом: ВІЛ/СНІД та пневмоцистна пневмонія. Пацієнт Р. із прижиттєво встановленим, а потім патологоанатомічно підтвердженим діагнозом ВІЛ/СНІД, неспецифічна інтерстиційна пневмонія, генералізований лімфогенний туберкульоз лімфатичних вузлів. Пацієнт Б. із прижиттєво встановленим діагнозом "ВІЛ/СНІД", перебіг якого ускладнився приєднанням пневмоцистної пневмонії, перебував у фтизіатричному відділенні з позитивною клініко-рентгенологічною динамікою пневмонії на тлі лікування. У двох пацієнтів рентгенологічна та КТ-картина була однаковою, характерною для лобарної пневмонії. Проведено диференційну діагностику: в одному з випадків встановлено нижньочасткову бактеріальну пневмонію, у другому — діагноз: Неходжкінська лімфома з ураженням верхньої частки правої легені. У пацієнта Я. прижиттєво встановлений статус ВІЛ/СНІД, на даний момент пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні міліарного туберкульозу легень. При проведенні диференційної діагностики для встановлення діагнозу використовувались клінічні, лабораторні дані та враховувались рентгенсіміотичні ознаки різних захворювань. У випадку бактеріальної пневмонії та неходжкінської лімфоми на рентгенограмах виявлялась масивна, пухлиноподібна консолідація легеневої тканини, яка займала всю частку легені. Окрім цього, на тлі консолідації визначались множинні ділянки деструкції. Рентгенологічна картина пневмоцистної пневмонії при КТ характеризувалась наявністю так званої ділянки просвітлення по периферії ураженої легені – ділянка незміненої легеневої тканини. Діагноз туберкульозу встановлювався на оглядових рентгенограмах за наявності множинних вогнищевих тіней малої та середньої інтенсивності з характерною локалізацією більше у верхніх відділах. У випадку міліарного туберкульозу визначалися інтерстиційні зміни та множинні вогнища міліарного типу, які локалізувалися у всіх відділах легень. Рентген- та КТ-семіотика оцінювалися в сукупності з клінічними та лабораторними даними.

Висновки. Рентгенографія залишається основною в діагностиці та диференційній діагностиці легневих захворювань у імунокompетентних пацієнтів. КТ дозволяє оцінити додаткові дані, тим самим пришвидшуючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування.

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДИСЕМІНОВАНИХ ПРОЦЕСІВ ЛЕГЕНЬ НА ОСНОВІ ВИПАДКІВ ІЗ ПРАКТИКИ

Гураль О.А.¹, Милан Ю.П.²

¹Львівський регіональний
фтизіопульмонологічний клінічний
лікувально-діагностичний центр, м. Львів, Україна
²Львівський державний онкологічний
регіональний лікувально-
діагностичний центр, м. Львів, Україна

Вступ. Дисеміновані процеси легень – гетерогенна група захворювань (понад 200), які мають спільні клінічні ознаки та об'єднані наявністю рентгенологічного синдрому двобічної легеневої дисемінації; більша половина цих захворювань невідомої природи. Труднощі диференційної діагностики полягають у відсутності як клінічних, так і променевих патогномонічних ознак, фатальному характері деяких дисемінованих захворювань, що потребує розроблення діагностично-диференційного процесу для формування основних рентгенодіагностичних критеріїв.

Мета дослідження. На основі випадків із практики пацієнтів різнопрофільних установ оцінити отримані дані рентгенологічної картини та спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), проаналізувати їх, співставляючи з клініко-лабораторними даними, сформувавши основні диференційно-діагностичні критерії.

Матеріали та методи. Проаналізовано в динаміці результати променевих методів діагностики 23 пацієнтів віком від 25 до 68 р. (16 чол., 7 жін.), які перебували на обстеженні та лікуванні у фтизіопульмонологічному та онкологічному центрах. Чотирьом пацієнтам було проведено рентгенографію органів грудної клітки (ОГК) без доповнення даними СКТ; у 19 випадках було проведено СКТ; у 12 пацієнтів застосовували контрастне підсилення під час проведення СКТ. Аналіз променевих зображень включав такі критерії:

1. Стан легеневої паренхіми – наявність дисемінованого процесу, характер його поширення, типи патернів.
2. Локалізація змін у паренхімі легень.
3. Рівномірність/нерівномірність дисемінації.
4. Поліморфізм вогнищ, схильність до злиття.
5. Наявність у легеневій паренхімі фіброзних та деструктивних змін.
6. Динаміка дисемінованого процесу в процесі лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. У 13 випадках було виставлено помилкові діагнози, пацієнтам призначалась терапія, яка не давала ефекту, що впливало на повторення діагностичного пошуку та встановлення іншого діагнозу. Подібно, у двох пацієнтів на тлі неспецифічного лікування спростовувався діагноз рецидиву онкологічного захворювання. У 8 випадках на початку діагностичного пошуку діагноз встановлювався або відразу, або через деякий час на підставі гістології.

При диференційній діагностиці враховували локалізацію вогнищ, розміри, динаміку рентгенологічної картини, клінічні прояви захворювання, професійний анамнез та ін.

Для гострого гематогенного дисемінованого туберкульозу характерна дифузна рівномірно симетрична монотипна міліарна або дрібновогнищева дисемінація при виражених клінічних проявах запального процесу. Підгострому та хронічному дисемінованому туберкульозу характерні переважна локалізація змін у верхівкових та задніх сегментах, нерівномірність дисемінації, поліморфізм вогнищ, які схильні до злиття, наявність фіброзних, деструктивних змін.

Саркоїдоз (хвороба Беньє-Бека-Шаумана) в другій стадії характеризується симетричністю дисемінації, різнокаліберністю вогнищ, переважною локалізацією в периферичних відділах, наявністю інтерстиціальних змін переважно в прикореневих ділянках, збільшенням бронхопупмональних та медіастинальних лімфатичних вузлів, відсутністю деструкцій.

При гематогенному карциноматозі дисемінація розповсюджена, вогнища множинні середніх та великих розмірів, правильної кулястої форми, з досить рівними чіткими контурами, відсутні інтерстиціальні зміни, лімфатичні вузли середостіння не побільшені, характерна швидка негативна динаміка розмірів вогнищ.

Гістіоцитоз Лангерганса на ранній стадії перебігу процесу проявляється дифузними двобічними ретикулярними змінами з множинними вогнищевими тінями переважно в середніх та верхніх відділах. У пізній стадії процесу характерне утворення множинних тонкостінних кіст у середніх та верхніх відділах. У випадку проведення диференційної діагностики гістіоцитозу з кістозним фіброзом для останнього не характерне вогнищеве ураження, а наявність множинних бронхоектазів, які на рентгенограмі часто імітують картину множинних тонкостінних кіст, локалізуються частіше в прикореневих зонах, верхніх частках та апікальних сегментах нижніх часток.

Висновки. Для диференційної діагностики дисемінованих захворювань легень одним з основних методів залишається рентгенологічне обстеження та СКТ. Проте велика кількість дисемінованих процесів легень для встановлення правильного діагнозу вимагає не тільки врахування професійного анамнезу, клінічної картини, лабораторних показників, а й проведення біопсії легень та морфологічного дослідження для остаточної верифікації процесу.

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ЛУЧЕВАЯ ДІАГНОСТИКА ПСЕВДОТУМОРОЗНОГО ПАНКРЕАТИТА І РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗЫ

Дичко Н.С.

Центр радіохірургічної допомоги «Кибер Клініка Спиченко», г. Київ, Україна

Вступлення. Псевдотуморозний панкреатит — хронічний запальний процес, чаще всего локалізуючийся в головці піджелудочної залози, викликає розширення панкреатического протока, механіческу желтуху, дифузні зміни органа. Аналогічні симптоми відзначаються при раку головки піджелудочної залози, і виникають складності клінічної діагностики.

Целью роботи является выбор наиболее информативных диагностических методик для дифференциации патологического процесса поджелудочной железы.

Материалы и методы. Был проведен анализ современной научной литературы, монографий, статей и систематизация полученных данных относительно информативности применяемых диагностических методик.

Результаты и обсуждения. На сегодняшний день дифференциальным диагностическим стандартом является трансабдоминальная ультразвуковая диагностика (УЗД) в комбинации со спиральной компьютерной томографией (СКТ), магнитно-резонансной томографией (МРТ), магнитно-резонансной холангиопанкреатографией и позитронно-эмиссионной томографией (ПЭТ). Также широко применяются эндоскопические методы диагностики, а именно эндоскопическая ультрасонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и внутрипротоковая ультрасонография с возможностью забора материала для биопсии.

При проведении СКТ с внутривенным введением контраста можно выявить признаки хронического воспалительного процесса в виде обызвествлений протоков, диффузное изменение ткани железы, расширение протока и его причину, дифференцировать псевдокисты от объемных образований.

Корректно выполненная технически МРТ в режиме T1 с жироводавлением дает возможность визуализировать даже мелкие образования в отличие от СКТ, кроме того, можно выявить вовлечение близлежащих сосудов, изменения парапанкреатической клетчатки. Также магнитно-резонансная холангиопанкреатография помогает выявить инвазию протоков и степень распространенности процесса.

Однако те или иные диагностические методики не без недостатков, так как есть ограничения в выявлении мелких метастазов по брюшине и в печени до 5 мм; невозможность дифференциации здоровых лимфатических узлов от метастатически пораженных; кроме того, ряд индивидуальных особенностей пациентов, что может создавать технические трудности при проведении того или иного метода диагностики.

Выводы. Сравнимая МРТ и СКТ, нельзя выбрать лучший метод, так как оба они развиваются стремительно и возможности визуализации с каждым годом расширяются. Однако применение того или иного из методов даст возможность дифференцировать хронический воспалительный процесс от неопластического процесса с высокой точностью и достоверностью результатов.

МОЖЛИВОСТІ МРТ У ДІАГНОСТИЦІ ТА СТАДІОВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

*Дубініна В.Г., Лук'янчук О.В., Демидова О.О.
Одеський національний медичний університет
Центр відновлювальної та реконструктивної
медицини ОНМедУ, м. Одеса, Україна*

Мета. Уточнення діагностичної цінності МРТ в оцінці місцевої поширеності раку шийки матки