

1) сосудисто-интерстициальный вариант; 2) очагово-сливной вариант; 3) диффузно-интерстициальный вариант; 4) полостной (с наличием булл и полостей); 5) фиброзный.

Заболевание практически у всех больных на рентгенограммах начиналось с изменений легочного рисунка в виде его усиления с наличием выраженной периваскулярной инфильтрации, муфтоподобного утолщения, больше в базально-медиальных отделах с обеих сторон. У 3,4% больных в результате своевременного назначения адекватной терапии изменения в легких на этой стадии были приостановлены (сосудисто-интерстициальный вариант).

При прогрессировании патологического процесса к изменениям легочного рисунка присоединялась инфильтрация легочной ткани. Вторым и наиболее частым вариантом течения заболевания, который нами наблюдался, был очагово-сливной вариант. Данный вариант характеризовался появлением отдельных полиморфных очаговых теней, местами сливающихся между собой на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка. Данная картина носила двусторонний характер с преобладанием в средних и базальных отделах (50% пациентов).

У 13,8% диагностирован третий рентгенологический вариант течения пневмоцистоза легких. Он характеризовался выявлением на рентгенограммах участков инфильтрации высокой и средней интенсивности, в большинстве случаев распространяющихся от ключицы до диафрагмы. Их интенсивность по направлению к базальным отделам чаще снижалась и местами была неоднородной за счет отдельных полиморфных участков меньшей интенсивности. При неэффективности либо отсутствии специфического лечения размеры инфильтратов увеличивались, они сливались один с другим, тени их становились более интенсивными.

Четвертый вариант изменений в легких (полостной, с наличием булл и полостей) был обнаружен у 19% пациентов, характерным для него было выявление единичных участков просветления размерами от 5 мм до 23 мм в диаметре на фоне высоко- и среднеинтенсивных участков инфильтрации.

Фиброзный вариант течения пневмоцистоза легких (пятый вариант) наблюдался у 8,6% пациентов. Выявлялся он у больных с наиболее тяжелым, особенно затяжным течением заболевания, а также у пациентов с рецидивирующим течением пневмоцистоза легких. На рентгенограммах характеризовался выявлением участков фиброза и фиброзных тяжей с преобладанием в средних и нижних легочных полях.

Результатами проведенных исследований выявлены отдельные особенности рентгенологического течения пневмоцистоза у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Практически у всех больных даже при очень тяжелом течении заболевания рентгенологические изменения не распространялись на верхушки легких и интенсивность инфильтрации существенно снижалась в наддиафрагмальных отделах.

Выводы. Проведенные исследования позволили выделить пять рентгенологических вариантов течения пневмоцистоза легких у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, что позволит врачам-инфекционистам в дальнейшем при проведении лечения учитывать рентгенологические варианты течения и корректировать терапию для предотвращения развития осложнений у данных пациентов.

ОСОБЛИВОСТІ РЕГІОНАРНОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ ГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ ЗА ДАНИМИ КОМПЛЕКСНОЇ МДКТ

Логаніхіна К.Ю.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМНУ», м. Київ

Вступ. Останнім часом спостерігається підвищення рівня смертності на рак глотки (РГГ) — грубий показник зріс із 3,9 до 4,0 на 100 тис. населення у 2013-2014 рр., відповідний показник для раку гортані (РГ) за цей же період хоча і дещо знизився із 3,2 до 3,1 на 100 тис. населення, та все ще лишається високим. Тож актуальним є підвищення ефективності методу вибору діагностики даних нозологій, у т.ч. і їх метастазів (mts) — мультидетекторної комп'ютерної томографії (МДКТ). Відповідно, семіотика регіонарних mts РГ та РГГ потребує уточнення та перегляду.

Мета. Визначити особливості метастазів раку гортані та глотки за даними МДКТ.

Матеріали та методи. Обстежено 205 пацієнтів віком від 25 до 70 років із морфологічно верифікованим РГ, РГГ на 640-зрізовому комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion One; із внутрішньовенним контрастуванням (Томоскан-370, 100-120 мл), зона сканування — від основи черепа до діафрагми. Комплексна МДКТ передбачала проведення функціональних проб, ангіо- та перфузіографії.

Результати. Із 205 хворих із РР, РГГ mts у регіонарні шийні лімфатичні вузли (ЛВ) виявлені у 62,4% (128 осіб), із них у 38 (18,5%) осіб — із раком носоглотки, у 32 (15,6%) осіб — із раком ротоглотки, у 30 (14,6%) осіб — із раком гортаноглотки, у 28 (13,7%) осіб — із раком гортані. У переважної більшості хворих (19 осіб) на рак носоглотки mts були білатеральними із локалізацією у задньошийній групі ЛВ; при раку ротоглотки (16 осіб) — із локалізацією у підщелепних ЛВ та ЛВ парафарингеального простору; при раку гортаноглотки (22 особи) — із локалізацією у верхніх яремних ЛВ; при РГ (15 осіб) — із локалізацією у яремній групі ЛВ. Ангіографія дозволила уточнити співвідношення mts з оточуючими структурами для планування подальшого лікування, перфузіографія — підрахувати кількісні показники пухлинного кровотоку, що було особливо важливим при малих розмірах mts, визначити їх чіткі межі на тлі перитуморального набряку.

Висновки. Визначені особливості регіонарних метастазів раку гортані та глотки за даними МДКТ, вперше виділені кількісні показники наявності метастатичного процесу у ЛВ при РГ, РГГ.

РОЛЬ МДКТ У ДІАГНОСТИЦІ СІАЛОАДЕНІВ У ДОРОСЛИХ

Логаніхіна К.Ю., Козаренко Т.М.

ДУ «Інститут ядерної медицини

та променевої діагностики НАМНУ», м. Київ

Вступ. Сіалоаденіти (С) є запальним процесом [3], при якому калькульозна форма зустрічається частіше, ніж некалькульозна [4]. Симптоми ураження слинних залоз (СЗ) можуть бути проявом інших нозологій [1, 2], у тому числі і новоутворень, тому важливою є диференційна діагностика. Найчутливішим променевим методом діагностики С є мультидетекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) [8]. Усе вищенаведене зумовлює необхідність удосконалення комплексної семіотики С.