1) сосудисто-интерстициальный вариант; 2) очаговосливной 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, ангіота перфузіографії.

Результати. Із 205 хворих із РР, РГГ mts у реґіонарні 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 парафарінгеального 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 реґіонарних метастазів раку гортані та глотки за даними МДКТ, вперше виділені кількісні показники наявності метастатичного процесу у ЛВ при РГ, РГГ.

РОЛЬ МДКТ У ДІАГНОСТИЦІ СІАЛОАДЕНІТІВ 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 і диференційна діагностика. Найчутливішим променевим методом діагностики С є мультидетекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) [8]. Усе вищенаведене зумовлює необхідність удосконалення комплексної семіотики С.

Мета. Удосконалити комплексну МДКТ-семіотику С.

Матеріали та методи. Обстежено 35 пацієнтів віком від 25 до 56 років за скаргами на ксеростомію, біль, локальну гіпертермію, підвищену температуру тіла на 640-зрізовому комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion One; із товщиною зрізу 2,5 мм та подальшою реконструкцією 0,5 мм, внутрішньовенним контрастуванням (Томоскан-370, 80-100 мл).

Результати. У більшості хворих діагностували калькульозну форму (22 пацієнти, 62,9%) та підщелепну локалізацію С (28 пацієнтів, 80,0%), в решти — некалькульозну форму (13 пацієнтів, 37,2%) та привушні С (7 пацієнтів, 20,0%). Уточнено МДКТ-семіотику С, у більшості пацієнтів діагностували: збільшені СЗ (32 пацієнти, 91,4%), дифузне накопичення контрастної речовини (2 пацієнти, 94,3%), наявність рентгенконтрастних включень (22 пацієнти, 91,4%), найчастіше діаметром 5-10 мм (15 пацієнтів, 42,8%). Розроблено диференційно-діагностичну ознаку запального процесу при С за підрахованим коефіцієнтом гетерогенності с: с=10-17; його незмінність до та після контрастування свідчило про наявність запального процесу у слинних залозах у 31 хворого (88 пацієнтів, 5%); с=18-27 до та після контрастування свідчило про ускладнений перебіг С (4 пацієнти, 11,5%): у 3 пацієнтів (8,6%) — при мукоцеле вивідних протоків СЗ; у 1 пацієнта (2,9%) — із наявністю абсцесу. У подальшому вимірювання с може стати основою для диференційної діагностики при даній нозології.

Висновки. 1. Удосконалена семіотика 2 форм С за даними МДКТ. 2. Систематизовані найхарактерніші МДКТ-ознаки С. 3. Вперше виділена кількісна ознака наявності запального процесу при С.

Література.

1. Amer N. A.-W., Abo-Taleb N. S. Assessment of the role of cone beam computed sialography in diagnosing salivary gland lesions. // Imaging Science in Dentistry. – 2013. — № 43. – P. 17-23.

2. Chandak R., Degwekar S., Chandak M., Rawlani S. Acute Submandibular Sialadenitis — a Case Report. Case Reports in Dentistry. 2012;2012:615375. doi:10.1155/2012/615375.

3. Kopeć T., Wierzbicka M., Szyfter W. A proposal for the classification of chronic sialadenitis // Otolaryngol Pol. – 2011. — № 65 (3). – P. 188-193.

ЛІКУВАННЯ СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ СЕГМЕНТІВ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ МЕТОДАМИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ

Луговський Ю.А., Орлов М.Ю.,
Луговський А.Г., Мороз В.В., Скорохода І.І.,
Яроцький Ю.Р.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Вступ. Цереброваскулярна патологія є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини і знаходиться в центрі уваги неврологів, нейрохірургів, нейрорентгенологів, а також фахівців суміжних спеціальностей. Порушення мозкового кровообігу є надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою. Соціальна значущість проблеми зростає, з одного боку, у зв'язку з підвищенням захворюваності на інсульт осіб працездатного віку, а з іншого боку — з вираженою тенденцією до збільшення осіб похилого віку. Аналіз захворюваності на церебральну судинну патологію в Україні свідчить про її зростання, вона посідає одне з провідних місць в Європі. Від інсульту в Україні помирає понад 220 тис. хворих. Щороку тільки у Києві реєструється близько 7000 інсультів. Значення стенотичних уражень інтракраніальних сегментів церебральних артерій у виникненні порушень мозкового кровообігу за ішемічним типом вивчено досить детально. Проведені дослідження встановили, що оперативне лікування є ефективним методом профілактики первинних та вторинних порушень мозкового кровообігу при стенотичних ураженнях церебральних артерій. Проте в Україні хірургічні методи лікування застосовуються значно рідше, ніж у цьому виникає потреба. На сьогодні недостатньо вивчена та потребує вдосконалення тактика лікування стенотичних уражень інтракраніальних сегментів церебральних артерій та клінічні особливості перебігу ішемій головного мозку, спричинених стенотичними ураженнями церебральних артерій.

Мета. Вивчити ефективність оперативного лікування методами ендоваскулярної реваскуляризації хворих з порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, спричиненими стенотичними ураженнями інтракраніальних сегментів церебральних артерій, у тому числі з огляду на профілактику повторних інсультів.

Матеріал та методи. Основою роботи стало комплексне обстеження 36 хворих (із них 21 – чоловіки, 15 – жінки) з порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, спричиненими стенотичними ураженнями інтракраніальних сегментів церебральних артерій, які лікувалися в судинному відділі ДУ «ІНХ ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» за період з 2010 по 2015 рік. За локалізацією стенотичного ураження усі хворі розподілені наступним чином: ВСА – 15 спостережень, СМА – 15 спостережень, ПМА – 6 спостережень. Діагноз ґрунтувався на даних таких методів обстежень, як клініко-неврологічні, інструментальні методи, ультразвукове обстеження інтракраніальних сегментів церебральних артерій, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія головного мозку, церебральна ангіографія.

Результати досліджень та їх обговорення. З 36 пацієнтів, що були включені в дослідження, оперативне втручання проведено 19 хворим (ВСА – 7 спостережень, СМА – 8 спостережень, ПМА – 4 спостереження), решті — 17 пацієнтам, котрим з тих чи інших причин хірургічне лікування не проводилось, проведено консервативне лікування. Проведене ендоваскулярне стентування стенотичного ураження наочно показало більшу ефективність відновлювального лікування та покращення якості життя порівняно з хворими, яким проводилося лише консервативне лікування.

Висновки. Проведення повного комплексу діагностичних заходів, котрий можливий лише в умовах сучасного інсультного центру, спрямованого на верифікацію стенотичного ураження інтракраніальних сегментів церебральних артерій, та своєчасне проведення хірургічної корекції, а саме ендоваскулярної імплантації стенту, дозволяють домогтися найкращих результатів лікування та покращення якості життя хворих.