

(легеневий або пневмогенний рак). Рак легені лідирує в структурі смертності населення від злоякісних пухлин. Летальність при раку легенів складає 85% від загального числа хворих, незважаючи на успіхи сучасної медицини. Для оцінки можливого оперативного лікування даної патології важливим аспектом є розповсюдження процесу на центральні легеневі судини. «Золотим стандартом» стадіювання центрального раку легень є комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням.

Мета дослідження — вивчити можливості перфузійної пульмосцинтиграфії для діагностики ураження судин легень при центральному раку легень.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено перфузійну пульмосцинтиграфію з Tc99m-MAKRO-ALBUMON 7 пацієнтам із «встановленим діагнозом» центральний рак легень, яким було діагностовано розповсюдження пухлинного процесу на судини легень. У 2 із них, за даними КТ, легеневі судини були повністю обтуровані пухлинними масами. У 5 пацієнтів судина була уражена від 50% до 80% діаметра. Сцинтиграфічні дослідження легень проводили з фармацевтичною сполукою, міченою Tc99m (період напіврозпаду — 6 годин). Для вивчення перфузії легень, визначення їх анатомо-топографічного стану та кількості функціонуючої паренхіми використовували радіохімічну сполуку, яка, фіксуючись у легеневих капілярах, дозволяла отримати інформацію про основні параметри кровообігу та структури легень. Використовували РФП Tc99m-MAKRO-ALBUMON виробництва Угорщина.

Запис інформації при пульмоносцинтиграфії починали синхронно із введенням РФП з набором рахунку в 500 000 сцинтиляцій. Матриця зображення 256x256x16. Одразу після закінчення збору зображення пацієнт перевертався у положення на лівій бік для отримання зображення у правій бічній проекції, потім на правий бік для отримання зображення в лівій бічній проекції, потім в положенні на живіт для отримання зображення у задній проекції.

Після завершення дослідження починали якісну та кількісну обробку отриманих результатів. Спочатку проводили візуальну оцінку під час дослідження, що надавало первинну інформацію про ступінь візуалізації легень на кожній проекції, стан легеневі перфузії. Далі виконували аналіз із виділення зон відсутності та зниження перфузії та розрахунок загальної площі ураження.

Результати дослідження. Визначення місцевої розповсюженості раку легень при перфузійній пульмосцинтиграфії базувалося на візуалізації осередків відсутності та зниження накопичення Tc99m-MAKRO-ALBUMON у ділянці пухлини та дистально розташованих відділах легені. При проведенні діагностики ми виявили: у 4 пацієнтів осередки зниження накопичення радіофармпрепарату в ділянці легень, що отримують кров по ураженій судині.

У 2 пацієнтів були виявлені осередки відсутності накопичення радіофармпрепарату в уражених ділянках легень. Це було нами розцінене як ураження судин легень неопластичним процесом, зі значним зниження кровообігу по цих судинах, з розвитком емболії цих гілок.

В 1 випадку накопичення радіофармпрепарату було фізіологічним, без ознак зниження накопичення радіофармацевтичного препарату. Це свідчить

про збережену перфузію легеневі тканини (можливо, через розвиток колатерального шунтування).

Висновки. Отримані дані свідчать про досить високу інформативність (85,7%) перфузійної пульмосцинтиграфії для визначення порушень перфузії в системі легеневі артерії, що дозволяє з високою імовірністю виявити розповсюдження центрального раку легені на судини, що докрінно може змінити лікувальну тактику пацієнтів.

КЛІНІКА, ПРОМЕНЕВА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗМІН ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПРИ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ОСІБ

Гураль О.А.¹, Бутко І.В.¹, Рак Л.М.¹,

Милян Ю.П.², Гураль А.Р.³

¹Львівський регіональний

фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр, м. Львів, Україна

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-

діагностичний центр, м. Львів, Україна

³Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, кафедра мікробіології, вірусології та імунології, м. Львів, Україна

Вступ. Захворювання, які виникають у пацієнтів з імунодефіцитом, спричиненим вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), були і продовжують бути однією з найбільших проблем людства кінця ХХ – початку ХХІ століття. Останніми роками в Україні щорічно виявляють до 30 тисяч ВІЛ-позитивних осіб за даними лабораторних досліджень, реєструють майже 20 тисяч осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та до 12 тисяч осіб знімають з обліку у зв'язку зі смертю. Незважаючи на появу та застосування антиретровірусної терапії (АРТ-терапії) в поєднанні з агресивною профілактичною антимікробною терапією, різке зниження показників захворюваності та смертності більше спостерігається серед популяцій, які мають доступ до даної терапії.

Мета. Провести оцінку можливостей рентгенологічної картини та даних КТ у проведенні диференційної діагностики опортуністичних захворювань, у тому числі онкопатології, у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Виявити характерні рентгенологічні симптоми у випадку діагностики захворювання; оцінити можливості КТ в отриманні додаткової інформації для покращення діагностики опортуністичних захворювань у важких клініко-діагностичних випадках.

Матеріали та методи. Опрацьовано історії хвороби, рентгенограми, результати КТ-обстежень 10 пацієнтів, які перебували на лікуванні у фтизіатричному відділенні Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру, у 8 з яких патологоанатомічне підтверджено патологічний процес, в 1 — рентгенологічні та КТ-ознаки пневмоцистної пневмонії з позитивною динамікою на тлі лікування, та ще 1 пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні з рентгенологічними ознаками міліарного туберкульозу легень.

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 рентгенсеїотичні 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-сеїотика оцінювалися в сукупності з клінічними та лабораторними даними.

Висновки. Рентгенографія залишається основною в діагностиці та диференційній діагностиці легневих захворювань у імунокomпетентних 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 диференціальної 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.