

Для гострого гематогенного дисемінованого туберкульозу характерна дифузна рівномірно симетрична монорморфна 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 бронхопультмональних 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, викликаючий розширення панкреатического протока, механіческу желтуху, дифузні зміни органа. Аналогічні симптоми відзначаються при раку головки піджелудочної залози, і виникають складності клініческої 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