

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, викликаючий 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 внутривисочная ультрасонография с возможностью забора материала для биопсии.

При проведении СКТ с внутривисочным 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

(РШМ), визначення її ролі і місця в діагностичному алгоритмі при плануванні виду та обсягу лікування РШМ.

Матеріали та методи. Нами було виконано проспективне дослідження, засноване на зіставленні результатів передопераційної МРТ з даними післяопераційного морфологічного дослідження. У дослідження були включені 253 хворі на РШМ, що проходили обстеження і лікування у відділенні онкогінекології. Середній вік пацієнток склав $35 \pm 5,6$ року, при розкиді від 21 до 67 років. Серед хворих на РШМ, за результатами післяопераційного морфологічного дослідження, плоскоклітинний рак був виявлений у 193 (76,3%) випадках, аденокарцинома зустрічалася у 42 (16,6%) хворих, аденоплоскоклітинний рак — у 14 (5,5%). У двох спостереженнях був встановлений нейроендокринний рак, в одному — мукоепідермальний рак, в одному — саркома, що сумарно відповідало 1,6% від загального числа досліджуваних випадків.

Хворі на РШМ були розділені у дві групи відповідно до методу лікування і послідовності проведення хірургічного етапу. Для стадіювання РШМ нами була використана класифікація Міжнародної федерації акушерів і гінекологів (FIGO, 2002 р.) та система TNM 6-го перегляду. Відповідно до класифікації TNM, для оцінки критерію Т, тобто місцевої поширеності раку матки, основоположними складовими є локалізація і розміри пухлини, глибина інвазії, вихід у параметральну клітковину та розповсюдження на сусідні органи і структури.

Результати та обговорення. Істотне значення для візуалізації РШМ мають форма росту пухлини, її розміри і глибина стромальної інвазії. Оптимальними для візуалізації новоутворень шийки матки є Т2 ЗЗ. Виявлення пухлин шийки матки, розміри яких перевищують 1,0 см, не становить особливих труднощів. На Т2-зв'язаних МР-зображеннях при РШМ у більшості випадків пухлинні маси мають неоднорідний сигнал середньої або підвищеної інтенсивності, що дозволяє їх диференціювати від низькоінтенсивної незміненої строми. При новоутвореннях більшого розміру структура пухлини стає неоднорідною, що обумовлено появою ділянок некрозу.

На Т1 ЗЗ новоутворення шийки матки, як правило, мають той же рівень сигналу, що і навколишня цервікальна тканина. Постконтрастні Т1 ЗЗ у діагностиці раку шийки матки не мають істотних переваг порівняно з Т2 ЗЗ. Оцінним критерієм між нормою і патологічними станами шийки матки може бути товщина шару, що відображає епітеліальну вистилку екто- й ендocerвіксу, в нормі він не перевищує 3,0 мм. Незважаючи на це, потовщення епітеліального покриву шийки матки може відповідати як запальним, так і неопластичним процесам. Критерієм диференційної діагностики найчастіше служить обмеженість виявлених змін. Для запальних змін характерне дифузне потовщення слизової на всьому протязі. За наявності інвазивного росту пухлини виявляється порушення зональної анатомії в проекції патологічних змін, тобто відсутність чіткої межі між епітеліальною вистилкою і фіброзною стромою під нею. Однак при стромальній інвазії, що не перевищує 5 мм, МР-картина шийки матки може не мати будь-яких особливостей порівняно з МР-

зображеннями здорових жінок.

Оцінка місцевої поширеності РШМ включає визначення локалізації пухлини і глибини інвазії в строму, стан сусідніх органів і структур. За даними МРТ, ураження піхви характеризується зміною інтенсивності МР-сигналу на Т2 ЗЗ і деформацією стінок (у т.ч. збільшенням їх обсягу, появи горбистості і нечіткості контурів).

За наявності екзофітної пухлини шийки матки великих розмірів МРТ може демонструвати помилкове визначення більш високої стадії внаслідок розширення склепінь піхви і відсутності чіткості меж із пухлиною за рахунок їх інтимного прилягання і наявності реактивних запальних реакцій. При використанні розробленої методики внутрішньопорожнинного контрастування в разі відсутності прямого проростання пухлини в стінки піхви між ними на МР-зображеннях з'являється контрастна за своїм сигналом зона, відповідна шару введеного розчину, що і є критерієм виключення пухлинної інвазії.

Висновки. Використання МРТ дозволяє діагностувати та стадіювати рак шийки матки на доопераційному етапі для визначення обсягу оперативного втручання.

ПРИМИТИВНЫЕ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ

*Зябченко В.И., Робак О.П., Гарматина О.Ю.,
Робак К.О., Зябченко В.И.*

Государственное учреждение «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

Примитивные нейроэктодермальные опухоли (ПНЭО) — наиболее распространенные злокачественные новообразования центральной нервной системы у детей.

Цель — оценить значение нейровизуализирующих методик в диагностике и течении ПНЭО у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов (30 (56,6%) мальчиков, 23 девочки (43,4%)) с ПНЭО в возрасте от 1 мес. до 17 лет, находившихся на лечении в институте нейрохирургии. Компьютерная томография (КТ) выполнена в 53 случаях и в магнитно-резонансная томография (МРТ) — в 45 случаях.

Результаты и их обсуждение. При КТ-исследовании регистрировалось умеренно гиперденсивное объемное образование, больших размеров, гетерогенно усиливающееся при введении контрастного вещества. Чаще всего ПНЭО локализовалась в лобной (15%) и височной (7,5%), реже — в теменной и лобно-каллезной областях. В 37,7% случаев выявляли наличие кистозного компонента, в 11,3% — геморрагии, в 3,8% случаев — кальцинаты в ткани опухоли. Смещение срединных структур и распространение на противоположную сторону отмечалось практически во всех случаях. Сопутствующая гидроцефалия развивалась в 26,4%. На МРТ-томограммах определялся хорошо отграниченный гетерогенный, преимущественно гипointенсивный сигнал на Т1ВИ. На Т2ВИ визуализировали гиперинтенсивный сигнал гетерогенного характера. Средний размер опухоли составил