

1) признаков нарушения бронхиальной проходимости (гипопневматоза, гиперпневматоза или ателектаза сегмента, доли или легкого); 2) нарастающих перибронхиальных, интерстициальных или стелющихся по междолевой плевре уплотнений, исходящих из корня легкого; 3) одностороннего увеличения и уплотнения корня легкого.

IV тип: появление выраженного асимметричного утолщения стенки туберкулезной каверны с полипобразными бугристыми разрастаниями в просвете или в перикавернозной зоне в отсутствие выраженного перифокального воспаления и диссеминации.

Выводы. Сочетанная патология рака и туберкулеза встречается чаще, чем рак легких без сопутствующих заболеваний.

Особое значение следует уделять профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний у больных туберкулезом и ХОЗЛ.

Наличие бессимптомной фазы усложняет своевременную диагностику, поэтому выявление биомолекулярных онкомаркеров, вероятно, показано у всех больных с хронической патологией легких (скрининг рака легкого).

ОСОБЛИВОСТІ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОМУ СПОНДИЛИТАХ ЗА ДАНИМИ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ

Шармазанова О.П.¹, Дереш Н.В.²

¹Харківська медична академія

післядипломної освіти

²ДЦ «Омега», м. Київ

Вступ. Типовою радіологічною моделлю спондиліту є контактна деструкція суміжних хребців із залученням міжхребцевого диска та формування паравертебрального абсцесу. Пацієнтам з полісегментарними ураженнями хребта, наявністю паравертебральних абсцесів, важким ступенем кіфозу та стійким неврологічним дефіцитом показані оперативні втручання: дренивання, декомпресія тощо. Патоморфологічно абсцеси при туберкульозному та неспецифічному (піогенному) спондилітах принципово відрізняються. Це викликає інтерес до вивчення їх клінічних та радіологічних особливостей на етапі виявлення та диференційної діагностики з метою визначення лікувальної стратегії та вибірки пацієнтів для оперативного втручання.

Мета. Вивчити особливості паравертебральних абсцесів при туберкульозному (ТС) та неспецифічному спондилітах (НС) за даними променевих методів діагностики.

Матеріали та методи. Аналіз історії хвороб, променевих зображень пацієнтів із спондилітами, що проходили діагностику та лікування у відділенні кістково-суглобового туберкульозу Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2008-2016 рр. Відібрана група дорослих пацієнтів із 42 чол. з паравертебральними абсцесами, з них 28 (67%) чол. з тубспондилітом, 14 (33%) чол. з неспецифічними, викликаними золотистим стафілококом та синьогнійною паличкою. Променеві методи, що використовувались для візуалізації, – рентгенографія у 2 проєкціях, мультиспіральна комп'ютерна томографія (КТ) і магнітно-резонансна томографія

(МРТ) з використанням стандартних послідовностей T1W, T2W, STIR, вибірково DWI та з довшим контрастним підсиленням. Проводились клінічні, бактеріологічні та патоморфологічні паралелі. Аналіз літератури.

Результати досліджень та їх обговорення.

Тільки рентгенографії хребта недостатньо для виявлення й оцінки паравертебрального абсцесу, оскільки при маленьких розмірах та відсутності звапнень він може не виявлятися. Також рентгенограма не дозволяє однозначно трактувати паравертебральну тінь як абсцес, адже її морфологічним субстратом може виявитись і пухлинна маса, і конгломерат лімфовузлів, гематома, аневризма тощо. КТ та МРТ дозволяють оптимально охарактеризувати паравертебральний абсцес та виявити його радіологічні відмінності: в класичному варіанті (в 23 чол. 82%) ТС абсцес на КТ був щільної консистенції у вигляді гетерогенної, переважно солідної маси з включеннями кальцію, без чітко сформованої капсули, що формувался на рівні зруйнованих тіл хребців та поширювався «напливав» каудально, контрастне підсилення вмісту мало або невиражене; на МРТ мав гетерогенний гіпо-ізоінтенсивний сигнал на T1W, гіпер-ізоінтенсивний на T2W та STIR з випадінням сигналу в зоні кальцинатів. У всіх спостереженнях (100%) туберкульозний абсцес виявлявся за наявності кісткових деструкцій. При таких абсцесах встановлення дренажу було малоефективним, був потрібний більш широкий доступ.

У класичному варіанті (85%) НС абсцес на КТ мав вигляд рідинного колектора підвищеної щільності + 10 +25 HU із капсулою, патогномонічним було виявлення пухирців газу (за винятком абсцесів після дренивання), на МРТ – вміст абсцесу мав характеристики сигналу високобілкових рідин з обмеженням дифузії на DWI (характерно для гною), після контрастування відмічалось виражене підсилення капсули. У більшості спостережень (78%) абсцес при НС дебютував раніше за кісткові деструкції, невидимих рентгенологічно чи на КТ. З одного боку це можна виділити як особливість НС, з іншого, — це пояснювалось більш вираженою клінічною експресією та раннім зверненням пацієнта, а відповідно, і виявленням. Також особливістю при НС було поширення абсцесів не тільки каудально, але й краніально на значній відстані від ураженого сегменту під зв'язками хребта та епідурально – в літературі це пояснюють високою протеолітичною активністю піогенних бактерій, що сприяє швидкому залученню в процес хрящів, зв'язок та м'яких тканин незалежно від гравітації. НС абсцеси добре роздреноувалися.

Діагностичною дилемою була характеристика ТС абсцесу у ВІЧ-пацієнтів (в 4 чол., 14%), специфічний процес в яких перебігав у вигляді ексудативно-некротичного варіанту, тому він, як і при НС мав рідинний компонент, поширювався на значущі відстані від місця кісткових деструкцій. Мали місце грибово-бактеріальні міксти.

МРТ мала вищу чутливість та специфічність, порівняно із КТ. У декількох випадках НС були виявлені на КТ паравертебральні абсцеси без видимих деструктивних змін у хребцях та дегенерованих дисках, що не дозволяло впевнено діагностувати спондиліт. Тоді як МРТ дозволила з впевненістю стверджувати, що паравертебральний абсцес — прояв

спондиліту на підставі виявленого дифузного набряку кісткового мозку суміжних хребців та аномалій сигналу від міжхребцевого диска.

Висновки. Знання радіологічної семіотики спондилітів та особливостей паравертебральних абсцесів у мультимодальному підході візуалізації допомагає провести диференційну діагностику захворювання, визначитись із необхідністю і тактикою оперативного лікування.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ МСЭ

Шармазанова Е.П., Шаповалова В.В., Жедей И. Харьковская медицинская академия последипломного образования

Вступление. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, которое можно предотвратить и лечить, между тем ХОБЛ является ведущей причиной заболеваемости и смертности по всему миру, что ведет к значительному экономическому и социальному ущербу (GOLD 2017). Согласно рекомендациям GOLD, диагноз ХОБЛ, кроме клинических данных, должен быть подтвержден с помощью спирометрии, однако известно, что ее данные не в полной мере позволяют оценить состояние респираторной системы у больных. Начальные симптомы поражения мелких бронхов наиболее часто выявляются при компьютерной томографии (КТ), а выраженные симптомы ХОБЛ чаще определяются при обычной рентгенографии. Больные с ХОБЛ составляют половину инвалидов вследствие хронических болезней легких. Инвалидность при ХОБЛ устанавливается, как правило, поздно и практически сразу – вторая группа. Время жизни инвалидов с ХОБЛ

в среднем не более 6 лет, что в 3,5 раза меньше, чем при бронхиальной астме (БА).

Цель исследования. Уточнить частоту и степень утраты трудоспособности у пациентов с ХОБЛ.

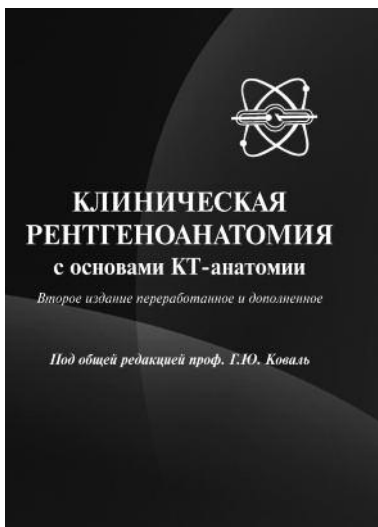
Материал и методы. Изучены клинические и рентгенологические (обзорные рентгенограммы и КТ органов грудной клетки) данные 100 пациентов с ХОБЛ в возрасте от 28 до 72 лет (мужчин – 79%, женщин – 21%), находящихся на стационарном лечении по поводу обострения болезни.

Результаты исследования. При анализе клинико-рентгенологических данных установлено, что большинство пациентов ХОБЛ наблюдаются в возрасте 40-60 лет (40%) и старше 60 лет (53%), до 40 лет было только 7 больных ($p < 0,01$), среди которых достоверно чаще преобладали женщины: 19,1% против 3,8% ($p < 0,05$). Клинически В степень ХОБЛ была установлена в 18% случаев, С – в 44% и Д – в 38% (по степеням GOLD). Рентгенологически у всех пациентов установлено наличие эмфиземы и пневмосклероза.

Инвалидность установлена в 31,0% случаев: в 64,5% – третья группа, в 35,5% – вторая группа. Однако в возрасте до 40 лет инвалидность установлена в 71,4% (80,0% – 3-я группа, 20,0% – 2-я группа); в возрасте 40-60 лет – в 42,5% (76,5% – 3-я группа, 23,5% – 2-я группа); в возрасте старше 60 лет – в 17,0% (33,3% – 3-я группа, 66,7% – 2-я группа). Разница частоты инвалидности между возрастными группами достоверна ($p < 0,01$).

Выводы. Диагноз ХОБЛ устанавливается на поздних стадиях заболевания, вследствие чего треть пациентов имеют утрату трудоспособности разной степени выраженности, которая с возрастом нарастает.

НОВІ КНИГИ



УДК 611.1/.8:616-073.7
ББК 53.6
ISBN 978-966-8796-35-7

Г.Ю. Коваль

Клиническая рентгеноанатомия с основами КТ-анатомии / Под ред. Г.Ю. Коваль. – К.: Медицина Украины, 2014. – 652 с.: ил.

Данное руководство посвящено анатомическим особенностям строения органов и систем человеческого организма в рентгеновском (РГ), в том числе и компьютерно-томографическом (КТ) изображении.

Представлены сведения по рентген- и КТ-анатомии: костно-суставно-мышечного аппарата (голова, позвоночник и шея, грудная клетка, верхняя и нижняя конечности), центральной нервной системы и органов чувств (головной и спинной мозг, глаз, ухо, нос и рот), органов полости грудной клетки (дыхательный аппарат, сердце и крупные сосуды), брюшной полости (пищевой канал, печень и желчные пути, поджелудочная железа, селезенка), таза и забрюшинного пространства (органы мочеполовой системы и надпочечники).

Описаны укладки и методические приемы, позволяющие получить рентгеновское изображение определенных анатомических образований в оптимальных условиях для их изучения.

Внимание уделено возрастным особенностям строения и функционирования органов и систем. Акцентируются анатомические варианты строения в рентгеновском изображении, что очень важно для дифференциации нормальных индивидуальных особенностей с начальными проявлениями патологических состояний. Представлены анатомические и метрические показатели границ нормы начала патологии, знание которых позволяет раньше распознать заболевания.

Руководство переработано и дополнено.

Книга полезна не только врачам-рентгенологам, но и специалистам смежных специальностей: хирургам, ортопедо-травматологам, отоларингологам, окулистам, невропатологам и нейрохирургам, терапевтам и фтизиатрам.

Заказать книгу можно по телефону: +38044 503-04-39