

П.А. Кузьменко, В.П. Присяжнюк

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ДИСЕМІНОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Кафедра онкології, променевої діагностики, променевої терапії (науковий керівник – доц. Г.К. Бутвін) Буковинської державної медичної академії

Проаналізовано 32 хворих на дисемінований туберкульоз легень та у 8 проведена рентгенівська комп'ютерна томографія (РКТ). Усі форми дисемінованого туберкульозу характеризуються розвитком змішаних осередкових та інтерстиціальних змін у легенях. Наявність вогнищ різної форми і розмірів є обов'язковим елементом РКТ картини. Ступінь виразності інтерстиціальних змін і їхній характер істотно залежить від тривалості захворювання і патогенетичного варіанту його розвитку. Гострі дрібновогнищеві та міліарні дисемінації характеризуються наявністю в обох легенях великої кількості мноморфних вогнищ, що розташовуються на всьому протязі від верхівки до діафрагми і від грудної стінки до середостіння, мають правильну округлу чи овальну форму, відносно чіткі контури, однорідну структуру. Підгострі гематогенні дисемінації характеризуються появою в обох легенях множинних однотипних чи поліморфних вогнищ, які розташовуються аналогічно, однак розподіл їх не настільки рівномірний. Переважають зміни особливо у верхівкових сегментах, де можуть бути виявлені і великі вогнища, і невеликого розміру інфільтрати з дрібними порожнинами деструкції, а також ізольовані тонкостінні каверни. Ці зміни більш точно визначаються при РКТ. Характерним є нерівномірність і несиметричність ураження окремих часток і сегментів легень, поява окремих ділянок з більш-менш вираженими змінами. Хронічні гематогенні дисемінації характеризуються перевагою осередкових змін у верхівкових і задніх сегментах верхніх часток легень. У базальних сегментах і в середніх частках вогнища відсутні чи виявляються в невеликій кількості. У місцях найбільшого скупчення вогнищ, в інфільтратах, виникають порожнини деструкції різного діаметру з тонкою стінкою без рідини. Інтерстиціальні зміни характеризуються різким стовщенням міждолькових перетинок, стінок бронхів, появою грубих тяжів у легеневій тканині, спрямованих до плеври. Типовим є також зменшення об'єму верхніх часток легень при одночасному збільшенні нижніх. Щільність легеневої тканини в базальних сегментах може значно знижуватися до 900...-950 одиниць Н, що свідчить про розвиток бульозної і парасептальної емфіземи, які йдуть вздовж реберної поверхні, медіастинальної і міждольової плеври. Це призводить до відтиснення вогнищ та інфільтратів вглиб легеневої тканини, до кореня легені. У заключній стадії процесу ці зміни можна визначати як "стільникову легеня". Нерідко дисемінований туберкульоз необхідно відрізнити від патологічних процесів, що не належать групі легневих дисемінацій. Найбільш частим з них є розповсюджені бронхоектази, які часто рентгенологічно характеризуються сполученням інтерстиціальних і вогнищевих змін, що нагадує дисемінований туберкульоз. Застосування РКТ дозволяє вірогідно розмежувати зміни в легеневій тканині і бронхах, оцінити поширеність процесу і морфологічний характер бронхоектазів.

Таким чином, високорозрішуюча РКТ має важливе значення у виявленні і диференційній діагностиці дисемінованого туберкульозу легень, а також у визначенні патогенетичного механізму його розвитку.