



МУЛЬТИСПІРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ

Головного мозку, шиї, органів грудної, черевної порожнини та малого тазу

№

ПІБ пацієнта: XXXXXX., р.н.

DLP— 5528,0 mGy*cm

Протокол дослідження: Отримані нативні зображення, в артеріальну, венозну та віддалену фази товщиною зріза 1,5 мм з послідувочою мультипланарною реконструкцією. Якість отриманих зображень оптимальна.

Контрастне підсилення: Томогексол 350 — 80 мл зі швидкістю 2,0 мл/сек.

Клінічна задача/проблема: Первинно-множинний метакромний рак: аденокарцинома high grade нижньої третини стравоходу з поширенням на кардіоезофагеальний перехід та кардіо сT3cN3cM1(her SVII) стан після курсів ХТ, стентування дистальної третини стравоходу липень 2024 року. Аденокарцинома сигмоподібної кишки pT2pN0cM0, ст I, стан після оперативного втручання в об'ємі: передня резекція 09.09.2010 р. Кл.гр 3. Плоскоклітинна карцинома шийки матки, pT2bpN0cM0, ст ІВ, стан після курсу ДПТ на фоні хіміотерапії, стан після оперативного втручання в об'ємі: пангістеректомія ІІІ типу від 19.08.2009 року, кл.гр.3. Обстеження порівняно з КТ від 24.05.2023 року.

Серединні структури головного мозку не зміщені. Шлуночки мозку не розширені, латеральні відносно симетричні. Геморагічний вміст в шлуночковій системі не визначається. Судинні сплетення в задніх рогах латеральних шлуночків нерівномірно звапнені. Підпаутинні простори над півкулями великого мозку та мозочку не розширені. Базальні цистерни без особливостей.

Паренхіма мозку нормально розвинена. Кортикальні звивини та борозни рівномірні, архітектоніка їх не порушена. В кортикальних відділах лівої лобної області в проекції центральної борозни визначається крапкоподібна ділянка рівномірного накопичення контрастної речовини розмірами до 2 мм, до якої поширюється судина, без «мас-ефекту». Вогнищ патологічного накопичення контрастної речовини в решті паренхімі мозку, стовбурі мозку, мозочку за даними КТ не виявлено (доцільно керуватися даними МРТ, як методу вибору). Диференціація сірої та білої речовини збережена. Краніовертебральний перехід звичайної конфігурації. Мигдалики мозочка розташовані над площиною входу до великого потиличного отвору. Мостомозочкові кути відносно симетричні. Селярна, супраселярна області без особливостей. Шишкоподібна залоза нерівномірно звапнена.

Структури орбіт, скроневих кісток без особливостей. Пневматизація комірок соскоподібних відростків, барабанних порожнин не порушена.

В лівій верхньощелепній пазусі по нижній стінці, на тлі мінімального потовщення слизової оболонки зберігається кіста розмірами до 14,5x10x13 мм. Визначається розрідження кісткової тканини альвеолярного відростка лівої верхньощелепної кістки на рівні верхівок коренів 26,27-го зубів. В поодинокій правій задній комірці решітчастої кістки та правій комірці клиноподібної кістки визначається незначна кількість пат.вмісту з пухирцями газу. В нижньощелепній кістці ліворуч на рівні верхівки 35-го зуба зберігається кістозна структура розмірами до 9 мм, зі склеротичним обідком, вірогідно, обумовлена розріджуючим периапікальним остеїтом, без динаміки. В кістці, вздуваючи її, на рівні верхівок 37,38-го зубів зберігається кістозна структура розмірами 11x20 мм, виповнена вмістом щільністю до +32НУ, без явної динаміки. Коронка 38-го зуба обернена в просвіт кістозної структури.

М'які тканини шиї без особливостей. Додаткові утвори в м'яких тканинах просторів шиї не визначаються, жирові прошарки просторів збережені. Просвіти носо-, рото- та гортаноглотки збережені. Грушоподібні синуси вільні, відносно симетричні. Черпалонадгортанні складки та складки присінку гортані, з чіткими контурами, симетричні. Хрящі гортані нерівномірно звапнені, без деструктивних змін. Привушні та піднижньощелепні слинні залози розташовані типово, симетричні, однорідні за структурою, додаткові утвори не визначаються. Контрастні конкременти в паренхімі залоз та їх протоках не визначаються.

Артеріальні стовбури шиї на рівні сканування без особливостей. КТ-даних за венозний тромбоз на рівні дослідження не отримано.

Лімфатичні вузли шиї не збільшені (до 5-7 мм), без динаміки з попереднім обстеженням. Структура лімфатичних вузлів однорідна.

Щитоподібна залоза не збільшена, не симетрична за рахунок незначного переважання правої частки. Паренхіма без вогнищевих за даними КТ.

Просвіт стравоходу на рівні верхньої та середньої третини не туго виповнений рідиною, стінки на цьому рівні рівномірні, товщиною до 3,5 мм, контур їх чіткий. Наразі визначається поступове звуження просвіту стравоходу від рівня хребця Th8 з нерівномірним циркулярними потовщенням стінок до 9-12 мм проти 7 на попередньому обстеженні, за рахунок неопластичної інфільтрації, що поширюється на кардіоезофагеальний перехід та на кардіальний відділ шлунку до 50-60 мм від рівня переходу. В динаміці визначається наростання інфільтративних змін, більш виражених по малій кривій та в області кардії, з потовщенням стінок по малій кривині до 22 мм проти 13 мм на попередньому обстеженні. Щільність змінених стінок стравоходу та шлунку помірно понижена, контрастне підсилення нерівномірне, диференціація шарів стінок на цьому рівні відсутня. Контур стінок нечіткий, з пролабуванням неопластичних мас у просвіт шлунку. Зовнішній контур стінок не чіткий, з ділянками втягнення. Зберігається поширення інфільтративних змін на ліву ніжку діафрагми на проміжку приблизно до 39 мм проти 35 мм на попередньому обстеженні. Прилегла до кардіального відділу шлунку жирова клітковина ущільнена, васкуляризація її посилена, в структурі містить множинні лімфатичні вузли розмірами до 5-6 мм, в динаміці кількість лімфатичних вузлів збільшилась. Визначається поодинокий паразофагеальний вузол до 8 мм проти 4 мм на попередньому обстеженні. Решта лімфатичних вузлів черевної порожнини та малого тазу не збільшені, розмірами до 3-5 мм, без явної динаміки з попереднім обстеженням. Структура лімфатичних вузлів без особливостей.

Стан після стентування стравоходу. Дистальний кінець стенту впирається в стінку шлунку по великій кривині. Проксимальний кінець стенту розташований в дистальній третині стравоходу на рівні хребця Th10, отвір стенту обернений до стінки на рівні змінених відділів стравоходу. Визначається незначне пролабування неопластичних мас в просвіт стенту. Визначається помірне ущільнення жирової клітковини верхнього поверху черевної порожнини, переважно ліворуч, на тлі якого піддіафрагмально, по внутрішній поверхні передньої черевної стінки, великої кривини шлунку, селезінкового кута ободової кишки, вздовж вихідного відділу шлунку визначаються множинні пухирці газу. Також визначається нерівномірне ущільнення клітковини на рівні кута шлунку, контур стінки шлунку на цьому рівні не чіткий. Визначається незначне потовщення очеревини по внутрішній поверхні черевної стінки ліворуч. В порожнині малого тазу визначаються сліди вільної рідини.

Легені розправлені, щільно прилягають до грудної стінки по всій поверхні. Пневматизація паренхіми легень не рівномірна, мозаїчна. В дорсобазальних відділах нижніх часток, більш виражено ліворуч, визначаються ознаки гіповентиляції. В периферичних відділах нижньої частки правої легені визначаються слабовиражені периваскулярні вогнища зниження пневматизації за типом «матового скла» розмірами до 8 мм. В паренхімі легень зберігаються не числені неспецифічні вузлики, максимальним розміром в S6 ліворуч до 5 мм, без динаміки за кількістю та розмірами. Інфільтративних змін в паренхімі легень не виявлено. В наддіафрагмальних, в субплевральних відділах нижніх часток обох легень зберігаються незначні фіброзні зміни.

Конфігурація та просвіти трахеї й бронхів збережені, стінки бронхів помірно потовщені.

Плевра не потовщена. В плевральних порожнинах обох гемітораксів вільного рідинного вмісту не виявлено.

Структури середостіння топографо-анатомічно не змінені. Камери серця помірно розширені, у порожнині перикарду вільна рідина не визначається. Легеневий стовбур до 25 мм, висхідна частина грудної аорти до 29 мм. При в/венному контрастуванні дефектів наповнення в легневих артеріях та їх доступних для оцінки гілках не виявлено. Визначається варіант розвитку судин: права підключична артерія відходить окремих стовбуром від дуги аорти, розташована ретроезофагеально, права хребтова артерія відходить від правої загальної сонної артерії, дрібного калібру. Лімфатичні вузли середостіння та коренів легень до 5-7 мм, структура лімфатичних вузлів однорідна; лімфатичні вузли аксиллярних груп обабіч до 4-7 мм, з добре розвиненими жировими воротами. Поодинокі нижні яремні ліворуч до 7 мм, без явної динаміки.

М'які тканини грудної стінки без КТ особливостей. Паренхіма грудних залоз представлена слабозвиненою фіброгландулярною тканиною, на тлі якої в лівій грудній залозі ретроареоларно



зберігаються поодинокі кальцинати. Вогнища патологічного накопичення контрастної речовини в паренхімі грудних залоз не визначаються (метод оцінки паренхіми грудних залоз мамографія).

Печінка звичайної форми, не збільшена (ККР правої частки 14,5 см), з чіткими гладкими контурами. Визначається дисморфологія сегментів. Щільність паренхіми відповідає нормальним величинам. В паренхімі 3,4-го сегментів прив/венному контрастуванні зберігаються два вогнища пониженої щільності розмірами до 6 та 4 мм, без ознак накопичення контрастної речовини, без явної динаміки з попереднім обстеженням. Решта паренхіми печінки без вогнищевих змін, контрастується рівномірно. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур не збільшений, стінки не потовщені, контрастні конкременти не визначаються. Холедох до 5 мм.

Селезінка звичайної форми, розмірів та структури. Паренхіма без вогнищевих змін, контрастується згідно фаз.

Підшлункова залоза положенням та розмірами не змінена, з чіткими контурами, паренхіма однорідна, контрастується рівномірно, додаткові утвори в паренхімі залози не визначаються. Головна протока залози не розширена. Прилегла жирова клітковина не змінена.

Надниркові залози положенням не змінені. В тілі та ніжках лівого наднирника зберігаються множинні вузлоподібні утвори пониженої щільності, розмірами до 12 мм, що помірно інтенсивно накопичують контрастну речовину, з коефіцієнтом вимивання близько 72%. Додаткові утвори в правому наднирнику не визначаються.

Нирки розташовані типово. Ліва нирка у порівняння з правою представляється зменшеною, з чіткими бугристими контурами. Паренхіма лівої нирки нерівномірна за товщиною від 6 до 20 мм, кортикомедулярна диференціація прослідковується фрагментарно. В паренхімі заднього нижнього сегменту лівої нирки визначається вогнище пониженої щільності (до +22НУ) розмірами до 11 мм – на попередньому обстеженні дана ділянка була менш виражена, розмірами до 10 мм. Чашково-мискова система нирки не розширена, стінки чашечек та миски потовщені. В чашечках визначається поява множинних конкрементів розмірами від 3,5 до 5 мм, щільністю до +343НУ. Паренхіма правої нирки не стоншена, кортикомедулярна диференціація збережена. В паренхімі на рівні переднього верхнього сегменту правої нирки, виходячи на контур нирки, в артеріальну фазу визначається нечітке вогнище нерівномірного більш інтенсивного по відношенню до паренхіми нирки накопичення контрастної речовини розмірами до 12x8 мм, у венозну та віддалену фази вогнище дещо гіподенсне по відношенню до паренхіми та ізоденсне у нативну фазу обстеження. В субкапсулярних відділах зберігається проста кіста до 7,5 мм. Чашково-мискова система нирки не розширена, стінки не потовщені. В чашечках нирки визначаються дрібні конкременти до 4 мм, кількість конкрементів незначно збільшилась. В синусі нирки зберігаються перипельвікальні кісти.

У віддалену фазу визначається сповільнення екскреторної функції лівої нирки, з заповненням чашково-мискової системи та сечоводу контрастною речовиною через 25 хвилин після в/венного контрастування. Екскреторна функція правої нирки збережена.

Сечовий міхур спорожнений, стінки не потовщені, додаткові утвори, рентгенконтарстні конкременти не визначаються.

Матка та яєчники видалені. Додаткові утвори в області культі піхви за даними КТ не визначаються (доцільно керуватися даними УЗД,МРТ). Петлі тонкого кишківника підтягнуті до культі. Зберігається ущільнення фасціальних листків малого тазу постопераційного генезу.

Область товстокишкового анастомозу без патологічного потовщення стінок, додаткові утвори не визначаються, прилегла жирова клітковина не змінена. Кишківник без спеціальної підготовки. Даних за кишкову непрохідність не отримано. Патологічного потовщення стінок і явних додаткових утворень тонкої, збережених відділів товстої кишки за даними КТ не виявлено (необхідно керуватися даними ФКС).

Аорта та її гілки рівномірно виповнені контрастною речовиною, без стенозу. КТ-даних за венозний тромбоз на рівні обстеження не отримано.

Кісткових деструктивних змін не виявлено. Дегенеративно-дистрофічні зміни хребта. В кістках тазу зберігаються острівки склерозу. Двобічна аномалія Кіммерлі.

Післяопераційні зміни черевної стінки.

Висновок: Стан після стентування стравоходу з приводу Са нижньої третини стравоходу з поширенням на кардіоезофагеальний перехід та кардіальний відділ шлунку. Вільний газ в черевній порожнині, вірогідно, як наслідок перфорації порожнистого органу (вірогідно, на рівні великої кривизни шлунку). Не можна виключити мальпозицію стенту – необхідно враховувати протокол оперативного втручання. В динаміці визначається наростання неопластичної інфільтрації дистальної третини стравоходу, кардіоезофагеального переходу, кардіального відділу шлунку та малої кривизни. Незначне збільшення поодинокого паразофагеального лімфатичного вузла, але не більше ніж на 5 мм. Поява патологічного вогнища в паренхімі правої нирки, що потребує дообстеження (МРТ) для виключення неопластичного ураження. Описане вогнище в лівій нирці, вірогідно, кіста (кат. Bosniak II). Вогнища в нижній частці правої легені, вірогідно, постзапального генезу - необхідно враховувати клініко-анамнестичні дані. Описане вогнище в лівій лобній частці може бути обумовлене ходом судини, доцільно співставлення за даними МРТ, як методу вибору, для уточнення його етіології. Радикулярна кіста 37,38-го зубів. Кіста лівої верхньощелепної пазухи. Правобічний сфеноїдит.

Врешті КТ-картина відносно стабільна: неспецифічні вузлики в паренхімі легень. Аденоми лівого наднирника. Зміни паренхіми лівої нирки, характерні для хронічних запальних. Конкременти обох нирок, в динаміці кількість конкрементів збільшилася. Проста кіста правої нирки. Кісти печінки.

Рекомендовано: консультація онколога, хірурга. Для більш детальної оцінки змін доцільно проведення МРТ головного мозку та нирок з в/венним контрастним підсиленням.

23.07.2024

Лікар-радіолог: Луцька Марія Сергіївна

