

**Е.Б. Илясова
М.Л. Чехонацкая
В.Н. Приезжева**

Лучевая диагностика

Учебное пособие

Москва



**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»**

2016

7. Искусственное контрастирование при КТ и МРТ.
8. Комплексная лучевая диагностика заболеваний печени.
9. Новые методы лучевой диагностики при заболеваниях поджелудочной железы.
10. Алгоритм использования различных диагностических методов при заболеваниях почек и мочевых путей, их суть и информативность.
11. Лучевая диагностика объёмных образований матки и её придатков.
12. Маммография и сонография в диагностике заболеваний молочной железы.
13. Информативность КТ и МРТ при поражениях спинного мозга.

СХЕМА ОПИСАНИЯ ТЕНЕВОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

I. ФИО и возраст больного.

II. Общая оценка теневого изображения.

- Метод исследования (УЗИ, КТ, МРТ) и методика (разновидность датчика при УЗИ, методика усиления с введением контраста при КТ и МРТ и т.д.).
- Исследуемые орган или область:
 - головной мозг;
 - спинной мозг;
 - органы грудной или брюшной полости, малого таза;
 - щитовидная или молочная железы и т.д.
- Проекция исследования:
 - при КТ – уровень поперечных срезов, например, Th_{I-II}-позвонокки и т.д.;
 - при МРТ – фронтальная, сагиттальная, поперечная или косая.

III. Изучение исследуемого органа.

- Расположение (относительно анатомических ориентиров – рёбер, позвонков, костей таза и др.).

- Размеры (в сантиметрах):
 - в вертикальном;
 - горизонтальном;
 - переднезаднем направлении.
- Форма:
 - округлая;
 - овальная;
 - треугольная и т.д.
- Контуры (наружные и внутренние при полостных образованиях):
 - чёткие или нечёткие;
 - ровные или неровные.
- Структура:
 - однородная;
 - неоднородная (за счёт полости или обызвествления).
- Интенсивность тени:
 - слабая;
 - средняя;
 - высокая;
 - костная;
 - известковая и т.д.
- Толщина стенки полых органов (в сантиметрах):
 - равномерная;
 - неравномерная.
- Плотность паренхиматозного органа или стенок полостного органа.
- Состояние окружающих органов и тканей, взаимоотношение с ними.

IV. Выявление и описание патологических изменений в исследуемом органе:

- Определение характера патологического симптома (гипо-, изо- или гиперэхогенные патологические образования и т.д. при УЗИ, гипо-, изо- или гиперденсивные очаги при КТ и т.д., яркость МРТ-сигнала от патологических структур и т.д.) каждого в отдельности (при множественных патологических фокусах).
- Локализация патологических изменений.
- Размеры и распространённость.
- Плотность.
- Форма.

- Контуры наружные или наружные и внутренние при полостных образованиях.
- Реакция патологического образования на введение контраста (при КТ и МРТ).
- Толщина, плотность, равномерность и ровность стенки при полостных патологических образованиях.

V. **Заключение** о характере патологических изменений.

VI. **Рекомендации о проведении дополнительных методик лучевой диагностики** (например, после проведения УЗИ – назначение КТ или МРТ, или методика усиления при КТ и МРТ).

VII. **Описание дополнительно проведённых методов и методик.**

VIII. **Окончательное заключение** на основании всех методов и методик лучевой диагностики.

Образцы протоколов описания теневой картины при ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии

Протокол № 9

Пациент К., 49 лет. *Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости* (рис. 2.1).

Печень имеет размеры: правая доля – 150 мм, левая – 50 мм. В VI–VII сегментах по задней подмышечной линии у нижней поверхности печени – многокамерное образование, диаметром до 6,5 см, неправильной формы, состоящее из кист, диаметром до 1,0 см. В других отделах печень имеет однородную структуру и плотность. Внутривенные желчные протоки и воротная вена не расширены.

Желчный пузырь имеет грушевидную форму, размеры 6,8×1,6 см, толщина стенки до 4,0 см, жёлчь эхогенная.

Поджелудочная железа не визуализируется.

Селезёнка не увеличена (7,8×3,5 см), структура однородная, плотность обычная, контуры чёткие и ровные. Селезёночная вена не расширена, имеет диаметр до 0,6 см.

Корень брыжейки не изменён. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены, свободная жидкость отсутствует.

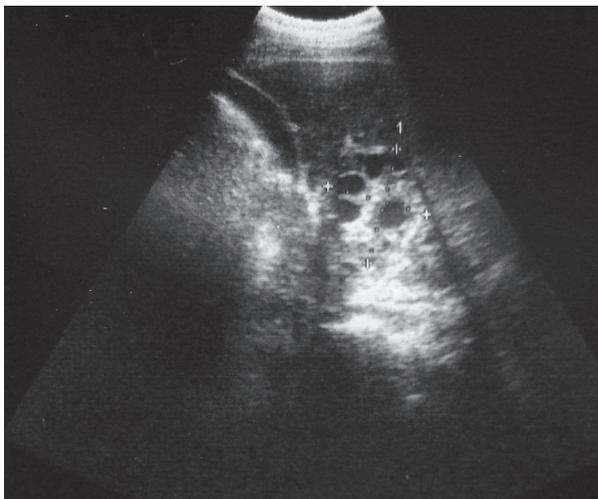


Рис. 2.1. Пациент К., 49 лет. Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости. Паразитарная (эхинококковая) киста VI–VII сегментов печени с дочерними пузырями, гипоплазия правой почки

Почки обычного расположения и формы, конкременты не выявлены. Размеры правой почки 79–50 мм, толщина паренхимы 12 мм, чашки расширены до 13 мм. Размеры левой почки 106–50 мм, толщина паренхимы 15 мм, чашки не расширены.

Заключение: паразитарная (эхинококковая) киста VI–VII сегментов печени с дочерними пузырями, гипоплазия правой почки.

Протокол № 10

Пациентка С., 46 лет. *Рентгеновская спиральная КТ брюшной полости и забрюшинного пространства* с предварительным контрастным усилением *per os*. (рис. 2.2).

Исследование выполнено спирально с контрастным усилением желудка и кишечника предварительным введением *per os* натрия амидотризоата (3% – 500 мл), 2,5 мм.

В брюшной полости обнаруживается объёмное образование, исходящее из левой доли печени. Оно имеет размеры 13,8×16,9×14,4 см,

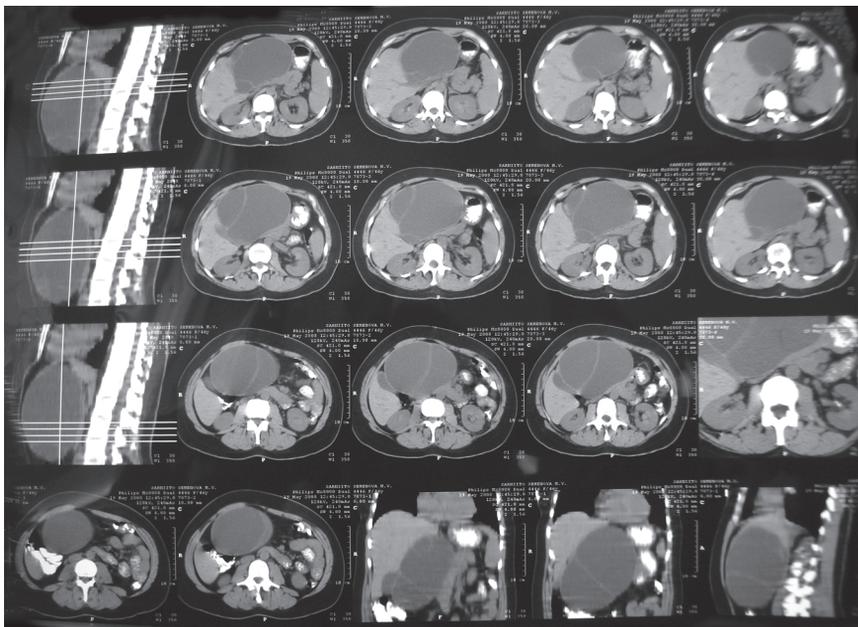


Рис. 2.2. Пациентка С., 46 лет. Рентгеновская спиральная КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с предварительным контрастным усилением *per os*. Большая киста левой доли печени с перегородками, возможно простая, камень лоханки левой почки

кистозный характер, тонкие (до 0,3 см) перегородки, определяющие многокамерное строение, однородное жидкостное содержимое (средняя плотность 6 НУ). Это образование оттесняет и частично компремирует желчный пузырь, двенадцатиперстную кишку, поджелудочную железу, структуры ворот печени, правую почку. Правая доля печени имеет косовертикальный размер 19,2 см, толщину 11,2 см, структура её однородная, плотность паренхимы не изменена. Контуры печени чёткие и ровные. Внутривенные жёлчные протоки не расширены. Воротная вена компремирована до 0,8 см.

Желчный пузырь имеет размеры 7,1×1,8×2,7 см, толщина стенки до 2,7 см.

Поджелудочная железа не увеличена: головка – 1,6 см, тело – 2,3 см, хвост – 1,9 см, структура однородная, Вирсунгов проток не расширен.

Селезёнка не увеличена (12,0×10,9×5,5 см), структура однородная, плотность обычная, контуры чёткие и ровные. Селезёночная вена рас-

ширена до 1,1 см, возможно, за счёт компрессии её в дистальных отделах описанным объёмным образованием.

Корень брыжейки не изменён. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены, свободная жидкость отсутствует.

Почки обычного расположения и размеров (правая – 6,2×4,2×11,1 см, левая – 5,4×4,6×11,3 см), паренхима не утолщена, их средняя плотность 30 НУ, чашечно-лоханочная система не расширена. В лоханке левой почки определяется конкремент, диаметром 4,0 мм. Мочеточники визуализируются в проксимальных отделах, не расширены.

Надпочечники обычных расположения, размеров, формы и плотности, ножки их хорошо видны. Ложе надпочечников без особенностей.

Заключение: большая киста левой доли печени с перегородками, возможно простая, камень лоханки левой почки.

Протокол № 11

Пациент Н., 32 года. *Трансабдоминальное УЗИ почек* (рис. 2.3).

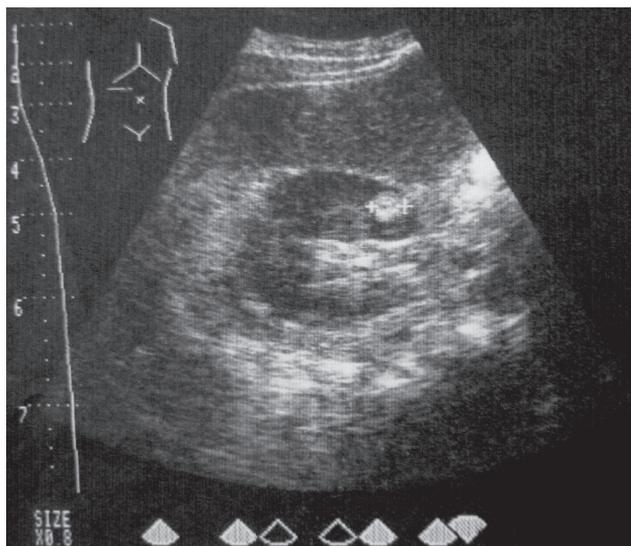


Рис. 2.3. Пациент Н., 32 года Трансабдоминальное УЗИ почек. Солитарная киста верхнего полюса правой почки