ООО "Онкоклиника"

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № _____

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент: **Алексей Дмитриевич**

Год рождения: **1941** Возраст: **81 г.**

Страховая компания: **-**
Адрес места жительства: **153038, г. Иваново**

Период госпитализации

Тип_Стационара: Дневной стационар; Дата госпитализации: 16.03.2023; дата выписки: 16.03.2023;

.

Диагноз при выписке: Центральный рак левого легкого cT4N2M1 (PLE). IV стадия. Метастатический плеврит. Состояние в процессе ИТ атезолизумабом (12 курсов) совместно с модулированнйо гипертермией, АЛФДТ. с/п внутриплевральной ХТ цисплатином.
Осложнение основного: Ателектаз нижней доли левого легкого, Субателектаз верхней доли левого легкого.
Шифр МКБ С34.8

Жалобы: на периодически кашель (периодически с кровохарканьем), слабость, одышку

Анамнез vitae: без особенностей

Риск развития ВТЭО: 1 балл.

История Заболевания: осенью 2020 года появились постепенно нарастающие жалобы на кашель. обследовался/лечился амбулаторно по месту жительства в Ивановской области с диагнозом - ХОБЛ, хр бронхит. постепенно вышеописанные жалобы нарастали.
летом 2021 года обследован в Ивановском ООД. По данным предоставленной медицинской документации, у пациента: Рак левого легкого CT4NXM0. Плеврит слева.
КТ ОГК от 20.09.2021г. без контраста:При повторном КТ- исследовании (контроль от 04.08.2021 г) отрицательная динамика : ателектаз нижней доли левого легкого, субателектаз верхней доли. Обтурирован левый главный бронх на уровне 22мм от бифуркации. В левом гемитораксе свободная жидкость 14-26ед.Н, толщиной слоя до 30мм. Правое легкое в состоянии викарного гиперпневматоза. Определяются мелкие 3-4мм узелковые структуры, практически во всех долях.
Органы средостения смещены влево. Восходящая аорта -42мм. Легочная артерия: общий ствол -29мм, правая ЛА-2?мм, левая ЛА-22мм.
Костные структуры в зоне исследования без признаков деструкции.
Заключение: КТ -признаки бронхогенного с-г pulm. sin. Метастатический плеврит слева. Узелковые изменения правого легкого.
Протокол бронхоскопии от 10.11.2021 - в трахее - "свежая кровь" поступающая из просвета главного долевого бронха слева при кашле. слева на 2 см дистельнее бифуркации трахеи просвет главного бронха обтурирован опухолевым образованием с бугристой поверхностью, участками некрозов, выражено кровоточивым. взята биопсия. по данным гистологического и ИГХ исследований от 17.11.2021 - плоскоклеточная неороговевающая низкодифференцированная карцинома G3.
PD-L1 (SP263) -55% TC+.
Мутации: ALK, ROS1, EGFR, Braf V600, C-Kit - не обнаружены.
Обратился в ООО "Онкоклиника" - 08.02.2022.
В ООО "Онкоклиника" проведен онкологический консилиум, учитывая клинические данные, морфологические исследования, стадию заболевания, пациенту, рекомендован план лечения: Атезолизумаб 1200 мг в/в в 1-й день; цикл 21 день, под контролем клинических анализов.
выполнена пункция плевральной полости слева, эвакуировано около 2л жидкости. - выполнена внутриплевральная ХТ цисплатином.

на контрольной рентгенограмме от 27.02.2022 - тотальный ателектаз левого легкого. уровень жидкости достоверно не определяется.

при контрольной рентгенографии ОГК от апреля 2022 года - уменьшение гидроторакса. - до уровня 6 ребра.

КТ органов грудной полости с в/в контрастным усилением от 04.05.2022. Заключение: КТ картина патологического прикорневого солидного образования левого легкого, с тотальной обструкцией нижнедолевого бронха и коллабированием нижней доли; двухстороннего гидроторакса (~ V: слева 1200мл., справа 100мл.,); отмечаются признаки ХОБЛ (участки вздутия паренхимы легких, на фоне уплотнения легочного интерстиция и признаков хронического бронхита); косвенные признаки легочной гипертензии.
продолжена терапия по вышеопсианной схеме
при контрольном МСКТ ОГК от 12.08.2022 - Нижняя доля левого легкого уменьшена в объеме, за счет

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**
Заведующий отделением: Шамеев А.А.

ателектаза S7, S8 и S9, ателектазированная легочная ткань имеет приблизительный общий размер до 48х28х87 мм (ранее: вся нижняя доля левого легкого коллабирована, общим размером до 47х41х103 мм, на фоне консолидированной легочной ткани четкой границы патологического солидного образования и паренхимы спавшейся нижней доли на нативных и постконтрастных томограммах не определяется), с нечетким неровным контуром, неоднородной структуры, неравномерно накапливает КВ. В структуре конгломерата проходят и обрубаются в нём В7, В8 и В9 бронхи (ранее левый НДБ и все его сегментарные и субсегментарные бронхи обтурированы). В S4-S5 и в S6-S10 определяется утолщение междольковых перегородок, с наличием участков субплеврального пневмофиброза, а также участки гиповентиляции легочной ткани по типу "матового стекла", без четких контуров. По остальным легочным полям с двух сторон очаговых и инфильтративных изменений не определяется.
В сравнении с данными СКТ ОГК от 04.05.2022 г. отмечается уменьшение объема жидкости в плевральных полостях, отсутствие газа в левой плевральной полости, увеличение вентиляции легочной ткани в н/доле левого легкого.

на фоне терапии - улучшилось состояние, повысилась толерантность к физической нагрузке. Эпизодов кровохарканья не отмечалось с марта 2021 года.

с октября 2022 года пациент отказался от интегративного сопровождения и проведения АЛФДТ по семейным обстоятельствам. при этом терапия атезолизумабов продолжена в прежнем режиме: 1200 мг в/В 1 раз в 21 день
при контрольном МСКТ от 11.11.2022 -
В корне левого легкого сохраняется солидное образование неправильно формы, неравномерно накапливающее КВ в артериальную фазу, сливающееся с ателектазированной нижней долей (сегменты S7, S8, S9),муфтообразно охватывающее н/долевой и сегментарные бронхи, примерными размерами на постконтрастных сериях 37)<43х68мм (ранее в этих срезах 40х43х62мм). Междолевая плевра слева уплотнена. В н/доле слева и в S3 сохраняются на фоне консолидации сохраняются участки уплотнения легочной паренхимы по типу "матового стекла", участки грубого локального фиброза и уплотнения междолькового интерстиция.

КТ-признаки центрального злокачественного образования нижней доли левого легкого, осложненного ателектазом н/доли, левосторонним гидротораксом, медиастинальной лимфаденопатией, (параканкрозной пневмонией - ?). В сравнении с КТ от 12.08.2022г. - умеренное увеличение количества свободной жидкости в левой плевральной полости, увеличение размеров практически всех групп л/узлов.

от проведения химиотераии пациент категоричсеки отказался, продолжена терапия атезолизумабом в прежнем режиме.

постепенно клиническое состояние ухудшалось, стала нарастать одышка, повторно появились эпизоды кровохарканья (с февраля 2023 года).

При контрольном МСКТ ОГК с в/В контрастированием от 23.02.2023 - Грудная клетка правильной формы. В корне левого легкого определяется солидное образование неправильно формы, неравномерно накапливающее КВ в артериальную фазу, сливающееся с ателектазированной нижней долей (сегменты S7, S8, S9 S10),муфтообразно охватывающее н/долевой и сегментарные бронхи, примерными размерами на постконтрастных сериях 45 х 50 х 73 мм (ранее 37х43х68мм). Междолевая плевра слева уплотнена. В н/доле слева и в S3 сохраняются на фоне консолидации сохраняются участки уплотнения легочной паренхимы по типу "матового стекла", участки грубого локального фиброза и уплотнения междолькового интерстиция. В язычковых и базальных отделах обоих легких определяются участки тяжистого субплеврального пневмофиброза. Справа плевродиафрагмальные спайки. Трахея без особенностей. Слева просвет нижнедолевого бронха выражено сужен, местами не прослеживается, деформирован; В7, В8, В9 на фоне образования в корне ампутированы. Структуры средостения отчетливо ифференцируются. Смещения средостения и дополнительных образований в средостении не определяется. едиастинальные лимфатические узлы увеличены: превазальные - 5-7 мм, парааортальные - 15-18 мм, субаортальные - 13 мм, паратрахеальные 9-13 мм, бифуркационные до 20 мм.
КТ-признаки центрального образования нижней доли левого легкого, осложненного ателектазом н/доли, левосторонним гидротораксом, медиастинальной лимфаденопатией. Сравнительно с КТ от 11.11.2022г. отмечается динамика в виде увеличения размером объемного образования , нерезкого увеличения лимфоузлов средостенья

таким образом у пациента на фоне прекращения сопроводительной терапии методом АЛФДТ и модулированной гипертермии - ухудшение клинического состояния, на фоне прогрессирования основного заболевания (по данным контрольных обследований).
Пациент отказывается от прохождения полног окурса АЛФДТ и ГПР в виду семейных обстоятнльств. в ООО Онкоклиника проведен онкологический консилиум, сформирован план лечения: рекомендовано проведение фото-иммуно терапии совместно с молдулированной гипертермией, составлен протокол лекарственной синтетической метаболической летальности.

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**
Заведующий отделением: Шамеев А.А.

Статус praesens: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормальное. Состояние питания - сниженное. Аппетит в норме. Кожные покровы и видимые слизистые - бледные, влажные. Зев чистый, розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отёков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание ослабленное слева, справа выслушивается только в проекции верхушки легкого.
проводится по всем лёгочным полям. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Шумы не выявлены. ЧСС 77 в минуту. АД 129/82 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Перистальтика выслушивается. Поясничная область симметричная, без деформаций. Симптом Пастернацкого - (поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный. Стул оформленный, регулярный.

Состояние: ECOG-2-3

Проведено лечение: 16.03.2023 проведена фото-иммунотерапия, совместно с модулированной гипертермией.
расчет дозы препаратов на S тела 1,9 (рост 170 см, вес 78 кг)
Достигнут результат лечения: улучшение

Рекомендации: Явка 30.03.2023 для продолжения терапии.

протокол лекарственной синтетической метаболической летальности выдан на руки

Ношение компрессионного трикотажа.
Медикаментозная терапия: Рекомендовано:
- Наблюдение онколога по месту жительства
- Питьевой режим до 2,5-3л жидкости
- Механически и термически щадящая диета
- Контроль лабораторных показателей: клинический анализ крови на 7-10день по м/ж.

При снижении уровня лейкоцитов менее 2.0х10*9, уровня нейтрофилов менее 1.0 (абсолютное количество) препараты Г-КСФ (филграстим, лейкостим, нейпомакс) 1-2 дня подряд с контролем общего анализа крови.
При повышении температуры тела >38С начать терапию ципрофлоксацином 500мг 2р.д., срочный контроль общего анализа крови, НПВС для купирования температуры. Обратиться к врачу.
При тошноте, рвоте: ондансетрон по 8мг 2раза в сутки, или метоклопрамид 10мг внутрь (максимально до 4тб).
При развитии диареи:
1. Голод 1 день (можно рисовый отвар, сухари, большой объем воды)
2. Лоперамид или имодиум по схеме 2тб 1 раз, затем по 1тб каждые 4 часа до остановки диареи. Максимально 8тб в день, не более 2- х дней. Два дня диета: рисовые и овсяные каши на воде, белые сухари, крепкий чай. Энтеросгель при диарее по схеме, энтерофурил 200 мг 4 раза в сутки (до 800мг/сут)
3. Если после 2-х дней приема лоперамида/имодиума диарея не прекратилась регидрон или гастролит 500-1000мл/сут для восполнения электролитов.
При возникновении стоматита: химически и механически щадящая диета. Полоскание с антисептиками (мирамистин, хлоргексидин), отвары трав ромашки, зверобоя, шалфея, календулы, коры дуба. Устранить боль при стоматите помогут: тримекаин, новокаин, тэнтум верде, хлоргексидин, мирамистин. Непосредственно для лечения язвенных поверхностей слизистых подходят такие препараты, как ретинола ацетат, аевит, их применяют в виде апликаций.
При развитии анемии:
1. При уровне гемоглобина от 100 до 110г/л - препараты железа внутрь.
2. При уровне гемоглобина менее 100г/л-препараты железа для в/м введения, эритропоэзстимулирующие препараты.
3. При снижении гемоглобина менее 70 г/л - лечение анемии в условиях круглосуточного стационара.
4. При повышении креатинина выше 120 - консультация терапевта или нефролога.
5. При повышении общего билирубина выше 30 и АЛТ, АСТ выше 35 - консультация терапевта или гастроэнтеролога.
При гепатотоксичности: При повышении уровня АЛТ, АСТ выше границ нормы - терапия гепатопротекторам под наблюдением терапевта. В случае применения иммунотерапии и повышении АЛТ, АСТ-терапия ГКС (под наблюдение врача-онколога).
При развитии ладонно-подошвенного синдрома (шелушение кожи, ногтей, покраснение кистей и стоп):
1. Обработка кожи отварами ромашки и календулы
2. Мази левомеколь, синтомициновая эмульсия 10%, лосьон зинерит, далацин - на гнойничновые высыпания.
3. Мазь тридерм - на зудящие высыпания.
4. Крема с витамина А и Е, питательные крема с оливковым маслом, детский крем с ромашкой.
При отклонения в ЭКГ - рекомендована консультация кардиолога.
Все препараты, прописанные по сопутствующей патологии,-принимать обязательно!
При повышении уровня тромбоцитов выше верхней границы нормЫ: консультация терапевта с целью назначения антикоагулянтной терапии.

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**
Заведующий отделением: Шамеев А.А.

При аллергических реакциях (покраснение кожи, зуд, слезотечение)-тавегил 2мг внутрь либо супрастин 25м внутрь или внутримышечно 20мг.

Соблюдение режима: не менее 8 часов ночного сна, по возможности - не менее 2-х часов отдыха в дневной время. Прогулки на свежем воздухе, избегайте мест скопления людей, при необходимости посещения таких мест используйте средства индивидуальной защиты (маска, респираторы), избегайте контактов с людьми, страдающими простудными заболеваниями.

Диагностические исследования: 1) За 2-3 дня до следующего курса лечения сдать общеклинический анализ крови (срок действия 5 суток), биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ) (срок действия 14 суток), общий анализ мочи (срок действия 14 суток), коагулограмма при проведении гормональной терапии препаратами лейпрорелин, диферелин, гозерелин, фулвестрант (срок действия 14суток), ЭКГ (срок действия 3 месяца), Эхо-КГ при проведении лечения препаратами трастузумаб, трастузумаб-эмтанзин, пертузумаб, доксорубицин (срок действия 3 месяца), анализ на ТТГ, Т4, Т3 каждые 2 месяца при проведении иммунотерапии (пембролизумаб, ниволумаб, атезолизумаб), анализы на ВИЧ, сифилис, гепатиты (срок действия 3 месяца).

2) При каждом визите в клинику необходимо предъявить оригинал паспорта, страхового полиса, направление по форме 057/у из медицинской организации, к которой Вы прикреплены.

Динамическое наблюдение: динамической наблюдение онколога, терапевта по месту жительства.

Лечащий врач: **Кушкин Виталий Владимирович**

Заведующий отделением: Шамеев А.А.

ООО "МРТ-Эксперт Мытищи"
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 41
тел. +7(496) 413-69-79
Лиц. № ЛО-50-01-0012441 от 13.11.2020 г.
Онлайн консультации **telemedex.ru**

Доказательная база

Компьютерная томография

от 04.05.2022

Brilliance CT

Фамилия, имя, отчество: АЛЕКСЕЙ ДМИТРИЕВИЧ
Год рождения: 1941 **Пол:** Мужской
Номер медицинской карты: _____
Номер исследования: 20327OZ_KT
Исследование: Компьютерная томография органов грудной полости с в/в контрастным усилением, ультравист 370 96мл.
Время проведения исследования: 04.05.2022 15:45
Цель исследования: обследование
Жалобы: ; документы не предоставлены. Со слов - рак левого легкого хобл правого легкого. Обследование для оценки лечения.
Ограничения визуализации: нет
Эффективная доза: 33мЗв.

На серии томограмм органов грудной полости, с последующими реконструкциями в ортогональных проекциях:

ЛЕГКИЕ: В реконструкции MIP толщиной среза 10 мм (легочное окно): признаков диссеминации не выявлено. В режиме HRCT толщиной среза 1 мм:

Нижняя доля левого легкого коллабирована, за счет определяющегося гиповаскулярного прикорневого образования, обтурирующего просвет нижнедолевого бронха, просвет сегментарных и субсегментарных бронхов нижней доли также не визуализируется; четкой границы патологического солидного образования и паренхимы спавшейся нижней доли на нативных и постконтрастных томограммах не определяется, в связи с чем указаны общие размеры коллабированной нижней доли - 47х41х103мм.; патологической гиперфиксации КВ тканью образования не отмечается. Верхняя доля левого легкого умеренно компремированна плевральным выпотом, пневматизация ее неоднородна за счет линейных участков консолидации.

Объем правого легкого незначительно снижен за счет плеврального выпота; его пневматизация неравномерная, с формирование картина паттерна мозаичной плотности легкого, с чередование участков "воздушных ловушек" и неизмененной паренхимы, в S5 определяется ретикулярный участок умеренно выраженного пневмофиброза; в дорсальных отделах нижней доли определяются участки нерезких субплевральных ретикулярных изменений с наличие интерстициального компонента на фоне сгущенного легочного рисунка (более вероятно остаточные поствоспалительные изменения).

СОСУДЫ: Ветвление и диаметр легочных сосудов типичные, без участков обеднения и обогащения. Ствол легочной артерии расширен до 31мм.; ствол и его ветви равномерно и полностью заполняется КВ.

Атерокальциноз стенок грудного отдела аорты. В проекции коронарных артерий визуализируются локальные кальцинированные атеросклеротические бляшки.

БРОНХИ: реконструкция MinIP, трахея без особенностей. Строение главных, долевых и сегментарных бронхов правого легкого правильное, просветы их не изменены, просматриваются до 3-4 порядка, их стенки уплотнены и минимально неравномерно утолщены.

ПЛЕВРА: отмечается наличие жидкостного содержимого в плевральных полостях с обеих сторон, плотностью 5HU, ~ V: справа 100мл (10х80х153мм.), слева 1200мл (50х151х297мм.). Междолевая плевра справа не изменена, слева утолщена до 9мм., с умеренной диффузной гиперфиксацией КВ (вероятно вследствие воспалительных изменений, необходимо дифференцировать неопластический процесс).

СРЕДОСТЕНИЕ: структурно, не смещено. Сердце расположено типично, конфигурация его не изменена. В полости перикарда выпота не определяется.

ДИАФРАГМА: расположена обычно, контуры ее четкие, ровные.

ЛИМФОУЗЛЫ: единичный нижний паратрахеальный справа увеличен до 10мм. по короткой оси.

ГРУДНАЯ КЛЕТКА, КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: Форма грудной клетки обычная, костная структура ребер, лопаток и грудины не изменена. Отмечаются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Поверхностные мягкие ткани без патологии.

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

НАДПОЧЕЧНИКИ: не изменены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ картина патологического прикорневого солидного образования левого легкого, с тотальной обструкцией нижнедолевого бронха и коллабированием нижней доли; двухстороннего гидроторакса (~ V: слева 1200 мл., справа 100 мл.); отмечаются признаки ХОБЛ (участки вздутия паренхимы легких, на фоне уплотнения легочного интерстиция и признаков хронического бронхита); косвенные признаки легочной гипертензии.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Консультация онколога.

04.05.2022 Врач-рентгенолог: Сандаков Евгений Валерьевич

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

ООО "МРТ-Эксперт Мытищи"
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 41
тел. +7(496) 413-69-79
Лиц. № ЛО-50-01-0012441 от 13.11.2020 г.
Онлайн консультации **telemedex.ru**

Компьютерная томография от 12.08.2022

Brilliance CT

Фамилия, имя, отчество: АЛЕКСЕЙ ДМИТРИЕВИЧ
Дата рождения: 1941 **Пол:** Мужской
Номер медицинской карты: _____
Номер исследования: 21028OZ_KT
Исследование: Компьютерная томография органов грудной полости с в/в контрастным усилением,Ультравист 370 100 мл.
Время проведения исследования: 12.08.2022 09:00
Цель исследования: обследование
Жалобы: рак левого легкого, обследование после проведенного лечения (иммунотерапия), динамика
Ограничения визуализации: нет
Эффективная доза: 13,2 мЗв

На серии томограмм органов грудной полости, с последующими реконструкциями в ортогональныхпроекциях:

ЛЕГКИЕ: Нижняя доля левого легкого уменьшена в объеме, за счет ателектаза S7, S8 и S9, ателектазированная легочная ткань имеет приблизительный общий размер до 48x28x87 мм (ранее: вся нижняя доля левого легкого коллабирована, общим размером до 47x41x103 мм, на фоне консолидированной легочной ткани четкой границы патологического солидного образования и паренхимы спавшейся нижней доли на нативных и постконтрастных томограммах не определяется), с нечетким неровным контуром, неоднородной структуры, неравномерно накапливает КВ. В структуре конгломерата проходят и обрубаются в нём B7, B8 и B9 бронхи (ранее левый НДБ и все его сегментарные и субсегментарные бронхи обтурированы). В S4-S5 и в S6-S10 определяется утолщение междольковых перегородок, с наличием участков субплеврального пневмофиброза, а также участки гиповентиляции легочной ткани по типу "матового стекла", без четких контуров. По остальным легочным полям с двух сторон очаговых и инфильтративных изменений не определяется.

СОСУДЫ: Ветвление и диаметр легочных сосудов типичные, без участков обеднения и обогащения. Ствол легочной артерии не расширен. Аорта не изменена. Атерокальциноз стенок грудного отдела аорты. В проекции коронарных артерий визуализируются локальные кальцинированные атеросклеротические бляшки.

БРОНХИ: реконструкция MinIP, трахея без особенностей. Строение остальных бронхов правильное, просветы их не изменены, просматриваются до 3-4 порядка.

ПЛЕВРА: без патологических изменений; спаек, обызвествлений, газа не содержит. В левой плевральной полости, на всем её протяжении по задней стенке, определяется наличие свободной жидкости в виде полоски, максимальной высотой до 36 мм (ранее до 48 мм). В правой плевральной полости на момент исследования жидкости не определяется (ранее высотой до 9 мм, а также с наличиемсвободного газа). Междолевая плевра не изменена.

СРЕДОСТЕНИЕ: структурно, не смещено. Сердце расположено типично, конфигурация его не изменена. В полости перикарда выпота не определяется.

ДИАФРАГМА: расположена обычно, контуры ее четкие, ровные.

ЛИМФОУЗЛЫ: на уровне исследования не увеличены, не изменены.

ГРУДНАЯ КЛЕТКА, КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: Форма грудной клетки обычная, костная структура ребер, лопаток и грудины не изменена. Отмечаются выраженные распространенные

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника (остеохондроз). Поверхностные мягкие ткани без патологии.

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

ООО "МРТ-Эксперт Мытищи"
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 41
тел. +7(496) 413-69-79
Лиц. № ЛО-50-01-0012441 от 13.11.2020 г.
Онлайн консультации **telemedex.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-картина может соответствовать центральному cr. нижней доли левого легкого с признаками параканкрозной пневмонии. Гидроторакс слева. Распространенный остеохондроз грудного отдела позвоночника.

В сравнении с данными СКТ ОГК от 04.05.2022 г. отмечается уменьшение объема жидкости в плевральных полостях, отсутствие газа в левой плевральной полости, увеличение вентиляции легочнойткани в н/доле левого легкого, в остальном - без существенной динамики.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Консультация онколога, КТ-контроль в динамике (по согласованию с лечащим врачом).

12.08.2022 Врач-рентгенолог: Лубинец Дмитрий Викторович

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

ООО "МРТ-Эксперт Мытищи"
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 41
тел. +7(496) 413-69-79
Лиц. № ЛО-50-01-0012441 от 13.11.2020 г.
Онлайн консультации **telemedex.ru**

Компьютерная томография от 23.02.2023

Brilliance CT

Фамилия, имя, отчество: АЛЕКСЕЙ ДМИТРИЕВИЧ
Год рождения: 1941 **Пол:** Мужской
Номер медицинской карты: _____
Номер исследования: 22767OZ_KT
Исследование: Компьютерная томография органов грудной полости с в/в контрастным усилением омнипак 350-75 мл
Время проведения исследования: 23.02.2023 09:00
Цель исследования: обследование
Жалобы: ; динамика от 11.11.22 (в паксе),
Ограничения визуализации: нет
Эффективная доза: 13,6 мЗв

Выполнена серия компьютерных томограмм органов грудной клетки по стандартной методике с последующей мультипланарной и трехмерной реконструкцией и реформацией аксиальных изображений, просмотром в мягкотканном и костном окне, до и после внутривенного болюсного введения контрастного вещества с помощью автоматического инжектора. Реакции на введение контрастного вещества не отмечалось.

Грудная клетка правильной формы. В корне левого легкого определяется солидное образование неправильно формы, неравномерно накапливающее КВ в артериальную фазу, сливающееся с ателектазированной нижней долей (сегменты S7, S8, S9 S10),муфтообразно охватывающее н/долевой и сегментарные бронхи, примерными размерами на постконтрастных сериях 45 х 50 х 73 мм (ранее 37х43х68мм). Междолевая плевра слева уплотнена. В н/доле слева и в S3 сохраняются на фоне консолидации сохраняются участки уплотнения легочной паренхимы по типу "матового стекла", участки грубого локального фиброза и уплотнения междолькового интерстиция. В язычковых и базальных отделах обоих легких определяются участки тяжистого субплеврального пневмофиброза. Справа плевродиафрагмальные спайки

Трахея без особенностей. Слева просвет нижнедолевого бронха выражено сужен, местами не прослеживается, деформирован; В7, В8, В9 на фоне образования в корне ампутированы.

Структуры средостения отчетливо дифференцируются. Смещения средостения и дополнительных образований в средостении не определяется

Медиастинальные лимфатические узлы увеличены: превазальные - 5-7 мм, парааортальные - 15-18 мм, субаортальные - 13 мм, паратрахеальные 9-13 мм, бифуркационные до 20 мм,

Подмышечные, над- и подключичные лимфоузлы не увеличены.

Сердце обычно расположено. Камеры сердца не расширены В полости перикарда выпота не выявлено.

Грудная аорта обычно расположена, не расширена. Локальные кальцинированные атеросклеротические бляшки коронарных артерий, грудной части аорты Легочный ствол и легочные артерии не расширены.

Грудная аорта и легочные артерии равномерно контрастированы, внутрипросветных дефектов наполнения не определяется.

В левой плевральной полости имеется свободная жидкость толщиной до 33 мм (ранее 38 мм)

Мягкие ткани, костный каркас грудной клетки без особенностей. Костно-деструктивных изменений не выявлено. Дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника

На границе исследования в левой почке по в/полюсу простые кисты, размерами до 14мм, в в/3 левой почки по задней стенке киста с неравномерно обызвествленной стенкой, размерами 6мм в диаметре, без признаков накопления КВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

ООО "МРТ-Эксперт Мытищи"
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 41
тел. +7(496) 413-69-79
Лиц. № ЛО-50-01-0012441 от 13.11.2020 г.
Онлайн консультации **telemedex.ru**

КТ-признаки центрального образования нижней доли левого легкого, осложненного ателектазом н/доли, левосторонним гидротораксом, медиастинальной лимфаденопатией. Сравнительно с КТ от 11.11.2022г. отмечается динамика в виде увеличения размером объемного образования , нерезкого увеличения лимфоузлов средостения, в остальном - без динамики.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Консультация лечащего врача.

23.02.2023 Врач-рентгенолог: Богданова Оксана Александровна

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!
Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.