

Норма:

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях.

Описание результатов исследования

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок не изменен, симметричен с обеих сторон. По видимым легочным полям без инфильтративно-очаговых изменений. Корни не расширены, структурность сохранена. Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника

Заключение: Rg-признаков патологических изменений органов грудной клетки не выявлено.

Форма грудной клетки: обычная. Очаговые и инфильтративные изменения: не отмечаются, легкие расправлены полностью. Легочной рисунок: чёткий, без особенностей. Корни лёгких: не расширены, структурны. Диафрагма: на вдохе, обычной формы с чёткими, ровными контурами. Плевральные синусы: свободны. Средостение: не расширено, без особенностей. Сердце и аорта: тень сердца не изменена, аорта обычно расположена. Костная ткань: костных травматических и деструктивных изменений нет.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекции:

Пневматизация легочных полей не нарушена.

В видимых отделах легких очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

Лёгочный рисунок прослеживается на всём протяжении до периферических отделов легких.

Корни легких не расширены, структура их сохранена.

Сердце правильной конфигурации, не расширено.

Трахея расположена по средней линии, трахея и главные бронхи не деформированы и не смещены.

Реберно-диафрагмальные синусы прослеживаются, свободны.

Диафрагма расположена обычно.

Костных травматических изменений не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рентгеновская картина не имеет признаков очаговых и инфильтративных изменений органов грудной клетки. Свободной жидкости в полости грудной клетки не выявлено. Костно-травматических изменений не

ВЫЯВЛЕНО.

Техника и проекции: На представленной цифровой рентгенограмме органов грудной клетки в прямой (задне-передней) и левой боковой проекциях, выполненной на вдохе, укладка стандартная. Физико-технические характеристики изображения удовлетворительные. Легочные поля: Легкие расправлены полностью. Прозрачность легочных полей не нарушена, симметричная. Легочной рисунок четкий, не изменен, прослеживается во всех отделах. Очаговых и инфильтративных теней не определяется. Корни легких: Корни легких структурны, не расширены. Лимфатические узлы не визуализируются. Просвет трахеи и главных бронхов свободен. Средостение, сердце, аорта: Тень сердца обычной конфигурации, не расширена, не смещена. Аорта без особенностей. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен обычно, имеет четкие, ровные контуры. Реберно-диафрагмальные и кардио-диафрагмальные синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: Костно-деструктивных изменений не выявлено.

Заключение: Рентгенологическая картина без видимой патологии.

Возрастные изменения:

Описание возрастных изменений: пневмосклероз, ДДЗП, уплотнение аорты.

Легочные поля: Легкие расправлены. Легочной рисунок несколько усилен и деформирован в прикорневых зонах за счет возрастного фиброза (пневмосклероз). Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких: структурны, не расширены, уплотнены. Средостение, сердце, аорта: дуга аорты кальцинирована. Тень сердца не расширена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположены обычно, имеет четкие, ровные контуры. Реберно-диафрагмальные и кардио-диафрагмальные синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: Определяются снижение высоты межпозвонковых дисков, краевые костные разрастания (остеофиты).

Заключение: Рентген-картина возрастных изменений. Очаговой патологии не выявлено.

Форма грудной клетки: обычная. Очаговые и инфильтративные изменения: не отмечаются, легкие расправлены полностью. Легочной рисунок: чёткий, без особенностей, усилен за счет диффузного пневмосклероза. Корни лёгких: не расширены, структурны, уплотнены. Диафрагма: на вдохе, обычной формы с чёткими, ровными контурами. Плевральные синусы: свободны. Средостение: не расширено, без особенностей. Сердце и аорта: тень сердца расширена влево, аорта уплотнена. Костная ткань: костных травматических и деструктивных изменений нет.

Вариант развития:

Описываем норму + случайные находки: шейное ребро, доля непарной вены.

Корни легких: Справа определяется дополнительная междолевая щель (доля непарной вены) — вариант нормального развития. Костно-мышечная система: отмечается добавочное шейное ребро слева (малых размеров).

Заключение: Рентгенологическая картина без видимой патологии. Шейное ребро слева, доля непарной вены (вариант нормы).

Пневмония:

Долевая пневмония:

Техника и проекции: На представленной цифровой рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и правой боковой проекциях: Легочные поля: В проекции (верхней/средней/нижней) доли справа/слева определяется неомогенное затенение, занимающее анатомически всю долю (либо субтотально — в пределах _ сегментов). Междолевая плевра (на боковой проекции) утолщена, подчеркнута. На фоне затемнения структура легочного рисунка полностью не прослеживается. Корни легких: Корень легкого на стороне поражения расширен, уплотнен, не структурирован. Возможно увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Средостение, сердце, аорта: Тень сердца обычной конфигурации, не расширена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен обычно, имеет четкие, ровные контуры, синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: без костно-деструктивных изменений.

Заключение: Рентген-картина правосторонней верхнедолевой пневмонии. Лимфаденопатия корня легкого. Рекомендация: Рентген-контроль через 14 дней.

Среднедолевая пневмония

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях.

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок усилен и сгущен в прикорневых зонах, в S4/5 справа определяется зона затенения средней интенсивности без четких контуров. По видимым легочным полям без очаговых изменений. Корни уплотнены, легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - без особенностей.

Заключение: R-признаки правосторонней среднедолевой пневмонии. Рекомендовано: консультация лечащего врача, R-контроль в динамике.

Левосторонняя верхнедолевая пневмония (Диф. Диагноз ТБ)

Легочные поля: В проекции верхней доли левого легкого (S1–S2, S3) определяется неомогенная инфильтрация. Корни легких: Левый корень подтянут кверху, тяжист. Сердце и средостение: Тень сердца не смещена.

Заключение: Рентген-картина верхнедолевой пневмонии слева. **Рекомендация:** Учитывая локализацию, рекомендована консультация фтизиатра.

Грудная клетка — вирусная пневмония

Форма грудной клетки: обычная. В средних отделах правого легкого отмечаются линейные затемнения на фоне участков снижения пневматизации в периферических отделах — нельзя исключить вирусную пневмонию. Корни лёгких: не расширены, структурны. Диафрагма: на вдохе, обычной формы с чёткими, ровными контурами. Плевральные синусы: свободны. Средостение: не расширено, без особенностей. Сердце и аорта: тень сердца расширена влево, аорта уплотнена. Костная ткань: костных травматических и деструктивных изменений нет.

Пневмония, осложненная экссудативным плевритом

Легочные поля: В нижней доле правого легкого (S7–S10) инфильтрат средней интенсивности. В правой плевральной полости визуализируется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей (линия Эллиса–Дамуазо). Корни легких: Справа не дифференцируется из-за сливной инфильтрации и выпота. Сердце и средостение: Тень сердца не смещена.

Заключение: Рентген-картина правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной экссудативным плевритом. **Рекомендация:** Плевральная пункция под контролем УЗИ.

Пневмония динамика

Легочные поля: В сравнении с исследованием от [дата] отмечается положительная динамика - снижение интенсивности и объема инфильтративных изменений. Корни легких: Левый корень тяжист, уменьшился в объеме. Сердце и средостение: Без патологических изменений. **Заключение:** Рентген-картина положительной динамики в сравнении с (дата).

Динамика

В сравнении со снимками от 2.09.25- слабopоложительная динамика в виде незначительного повышения прозрачности легочной паренхимы в S4/5 справа.

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок усилен и сгущен в прикорневых зонах, локальное неоднородное сгущение рисунка в S4/5 справа. По видимым легочным полям без инфильтративно-очаговых изменений. Корни уплотнены, Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат -без особенностей.

Заключение: R-признаки правосторонней среднедолевой пневмонии (в стадии разрешения). Рекомендовано: продолжить наблюдение лечащего врача, R-контроль в динамике.

Онкология:

Центральный рак (эндофитный)

Корни легких: Правый корень расширен, структура нарушена за счет патологического узла 3x4 см с неровными бугристыми контурами. Легочные поля: Дистальнее образованы— гиповентиляция нижней доли. Просвет бронха сужен (симптом культы бронха). Сердце и средостение: Тень сердца обычной конфигурации, не расширена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен обычно, имеет четкие, ровные контуры. Реберно-диафрагмальные и кардио-диафрагмальные синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: Костно-деструктивных изменений со стороны видимых отделов скелета не выявлено. Контур кортикального слоя ребер, ключиц и позвоночника ровные, четкие. Мягкие ткани симметричны.

Заключение: Рентгенологическая картина центрального узлового образования (Susp.Ca) правого легкого.

Периферический рак (узловой)

Легочные поля: В S3 слева округлое образование 3x3 см с нечеткими, лучистыми контурами (симптом «злокачественной короны»). К плевре прослеживается тяжистая дорожка. Сердце и средостение: Тень сердца не смещена. **Заключение:**

Рентгенологическая картина периферического узлового образования (Susp.Ca) верхней доли левого легкого.

Периферический рак (полостная форма)

Легочные поля: В S6 справа образование 4,5 см с толстыми (до 1,5 см), бугристыми стенками и центральной полостью распада. **Заключение: Рентгенологическая картина периферического узлового образования (Susp.Ca) правого легкого с распадом.**

Верхушечный рак

Легочные поля: В области верхушки правого легкого — интенсивное затемнение с нечеткими контурами, распространяющееся на мягкие ткани шеи. Костно-мышечная система: Определяется деструкция II и III ребер справа.

Заключение: Рентгенологическая картина узлового образования (Susp.Ca) верхушки правого легкого с деструкцией ребер (синдром Панкоста).

Расширение верхнего средостения/ образования верхнего средостения

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. На обзорном снимке определяется высокоинтенсивная полуовальная тень с широким основанием, прилежащая к правому контуру верхнего средостения, размерами ~ 7*5 см с относительно четкими, местами бугристыми контурами. Отмечается локальное сужение просвета трахеи. Легочный рисунок усилен за счет смешанного компонента, фиброзно-деформирован. Определяется слабоинтенсивная тень с нечеткими контурами в среднем поле справа (на уровне пересечения п/о 4 и з/о 7 ребра), размерами ~ 1*0.9 см (суммация? очаговый фиброз? образование?). В проекции верхушки слева единичные кальцинаты. По видимым легочным полям без инфильтративных изменений. Правый корень уплотнен, бесструктурен, левый - частично скрыт за тенью средостения. Легочные синусы свободны. Определяется высокое стояние правого купола диафрагмы. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Дуга аорты склерозирована, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника.

Заключение: Rg-признаки образования верхнего средостения/образования ВДБ?
Рекомендовано: консультация онколога, МСКТ ОГК для уточнения диагноза.

Очаг

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок фиброзно-деформирован. Справа в проекции 2 межреберья (счет по п/о ребер) определяется очаговая тень средней интенсивности с четкими, ровными контурами, размерами 0.7*0.6 см (достоверно определяется только в прямой проекции). Правый корень не расширен, малоструктурен, тяжист, левый - частично скрыт за тенью средостения, не расширен. Легочные синусы свободны. Частичная релаксация правого купола диафрагмы. Контур левого купола диафрагмы четкий и ровный. Дуга аорты кальцинирована, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника

Заключение: R-признаки очаговой тени правого гемиторакса. Рекомендовано: МСКТ ОГК, консультация фтизиатра (ПТД).

(если достоверно видим очаг только в одной проекции- это не значит, что можно отпустить пациента, обязательно дообследование - МСКТ ОГК, а так же учитывайте анамнез, если у пациента в анамнезе онко, можно в диф. ряд написать - meta? и консультацию онколога, все возможные варианты в диф. ряд перечислить не стоит, если анамнез не известен, в 1 очередь исключаем tbc, а затем уже по результатам МСКТ пациент может быть направлен к онкологу- периф. рак/meta).

Метастазы («Пушечные ядра»)

Легочные поля: В обоих легких во всех отделах множество округлых теней различных размеров (от 0,5 до 4 см) с четкими контурами (симптом «пушечных метастазов»).

Заключение: Рентгенологическая картина множественных образований легких вторичного генеза (метастатическое поражение).

Центральный рак с ателектазом

Легочные поля: Верхняя доля левого легкого гомогенно затемнена, уменьшена в объеме. Визуализируется симптом S-образного контура.

Заключение: Ателектаз верхней доли левого легкого, вызванный центральным узловым образованием (Susp.Ca).

Грудная клетка – периферический рак левого легкого с распадом

В S6 левого легкого определяется округлая тень, диаметром около 0,6 см, с нечеткими, неровными контурами с полостью распада. На фоне диффузного обогащения и

деформации легочного рисунка по лимфогенному типу, в S2,4,5 правого легкого определяются очаговые сливные тени. Корни бесструктурные. В плевральных полостях определяется небольшое количество жидкости.

Состояние после пульмонэктомии

Легочные поля: Правое поле тотально гомогенно затемнено (фиброторакс). В проекции средостения визуализируются медицинские клипсы. Левое легкое компенсаторно вздуто.

Заключение: Состояние после пульмонэктомии справа. Данных за рецидив не выявлено.

Туберкулез легких

Первичный туберкулезный комплекс

На представленной цифровой рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях: Легочные поля: В средней доле правого легкого определяется участок инфильтрации средней плотности с нечеткими размытыми краями размерами 2,5x3,0 см. От периферического фокуса к корню легкого прослеживается линейная тяжистая тень («дорожка»), образованная утолщенными лимфатическими сосудами и перибронхиальной инфильтрацией. Эта структура имеет нечеткие, неровные контуры и расширяется по мере приближения к корню. Вне зоны поражения легочные поля прозрачны, легочный рисунок не изменен (при отсутствии бронхогенной диссеминации). Корни легких: Правый корень значительно расширен, уплотнен, малоструктурен (лимфаденопатия). Сердце и средостение: Тень сердца обычной конфигурации, не расширена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен обычно, имеет четкие, ровные контуры., синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: Костно-деструктивных изменений со стороны видимых отделов скелета не выявлено. Контур кортикального слоя ребер, ключиц и позвоночника ровные, четкие. Мягкие ткани симметричны.

Заключение: Рентгенологическая картина первичного туберкулезного комплекса справа/слева с наличием первичного аффекта в _доле, лимфангитом и регионарным лимфаденитом внутригрудных лимфатических узлов.

Рекомендации: Консультация фтизиатра, МСКТ.

Инфильтративный туберкулез легких:

Характерно: наиболее частая форма туберкулеза у взрослых (до 60% всех впервые

выявленных случаев).

На представленной цифровой рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях: Легочные поля: В верхних отделах легких (преимущественно справа: I, II, VI сегменты, слева: I–II, VI сегменты) определяется участок неомогенной инфильтрации неправильной формы (напоминает облако). На фоне инфильтрата могут определяться единичные или множественные очаги (бронхогенное обсеменение) в прилежащих сегментах. От инфильтрата к корню может прослеживаться «дорожка» (лимфангит). Корни легких: Корень легкого на стороне поражения расширен, неструктурен (лимфаденит). При затяжном течении в корне могут определяться кальцинаты. Сердце и средостение: Тень сердца обычной конфигурации, не расширена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен обычно, имеет четкие, ровные контуры, синусы свободны, острые. Костно-мышечная система: Костно-деструктивных изменений со стороны видимых отделов скелета не выявлено. Контурсы кортикального слоя ребер, ключиц и позвоночника ровные, четкие. Мягкие ткани симметричны.

Заключение: Рентгенологическая картина инфильтративного туберкулеза легких справа/слева: Локализация: доля, сегмент. **Вариант:** облаковидный/округлый/лобит. **Наличие/отсутствие полости распада(деструкции).** **Наличие/отсутствие бронхогенного обсеменения.** **Рекомендации:** Консультация фтизиатра, МСКТ.

Диссеминированный туберкулез (подострый)

Легочные поля: В обоих легких, преимущественно в верхних и средних отделах, симметрично определяется большое количество мелких и средних очагов. Корни легких: Расширены, тяжисты, визуализируется симптом «кулисы» (увеличенные ЛУ). Сердце и средостение: Тень сердца не расширена.

Заключение: Рентгенологическая картина подострого диссеминированного туберкулеза легких.

Туберкулема

Легочные поля: В S6 справа солитарное округлое образование 2,5 см с четкими контурами. В центре — серповидное просветление (распад). В окружающей легочной ткани — единичные или множественные мелкоочаговые тени («сателлиты» — отсевы), размером 2–5 мм, с четкими контурами. (Это важный дифференциально-диагностический признак - при раке сателлиты отсутствуют). От туберкулемы к корню может прослеживаться тяжистая дорожка (фиброзные изменения по ходу лимфатических сосудов). При субплевральной локализации — утолщение и втяжение прилежащей плевры (симптом «хвоста»), плевральные спайки. Корни легких: Правый

корень значительно расширен, уплотнен, малоструктурен (лимфаденопатия). Сердце и средостение: Тень сердца не смещена.

Заключение: Рентгенологическая картина туберкулемы S6 правого легкого в фазе распада.

Фиброзно-кавернозный туберкулез

Легочные поля: Левое легкое уменьшено в объеме, деформировано. Визуализируются грубые фиброзные тяжи и тонкостенные каверны до 3 см. Средостение и трахея смещены влево (фиброторакс). Правое легкое вздуто (викарная эмфизема).

Заключение: Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого, хроническое течение. Фиброторакс.

Метатуберкулезные изменения

Форма грудной клетки: обычная. Очаговые и инфильтративные изменения: в верхних долях обоих легких отмечаются множественные кальцинаты. «Свежих» очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочной рисунок: чёткий, без особенностей, усилен за счет диффузного пневмосклероза. Корни лёгких: не расширены, структурны, уплотнены, с обызвествленными лимфоузлами. Диафрагма: на вдохе, обычной формы с чёткими, ровными контурами. Плевральные синусы: свободны. Средостение: не расширено, без особенностей. Сердце и аорта: тень сердца расширена влево, аорта уплотнена. Костная ткань: костных травматических и деструктивных изменений нет.

Очаговые изменения легких

Солидарный очаг (туберкулема VS периферический рак)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: В проекции верхней доли справа (S2 по боковой проекции) субплеврально определяется солидарное очаговое образование, прилежит к междолевой плевре. Размерами $_ \times _ \text{ мм}$. Для рака — симптом «лучистости» (тонкие линейные тени в окружающую ткань), симптом «выемки» (вдавление на контуре). Зона распада (просветление неправильной формы с неровными внутренними контурами). «Дорожка» к корню (линейная тень от очага к корню — лимфангит). Перифокальная инфильтрация (нечеткая «дымка» вокруг очага). Для туберкулемы — четкие, ровные

контуры, иногда с симптомом «капсулы» (узкая зона просветления вокруг). Кальцинаты (мелкие, точечные, в центре или по периферии). Очаги-сателлиты (мелкие очаги 2–5 мм вокруг образования с четкими контурами). Корни легких: Корень на стороне поражения: не расширен / расширен, неструктурен (метастазы). Сердце и средостение: не смещено. Диафрагма и синусы: без патологии. Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина солитарного очагового образования верхней доли правого легкого

1. Образование имеет четкие контуры, структура негетерогенная с кальцинатами, определяются очаги-сателлиты—наиболее вероятно, туберкулема.

2. Образование имеет неровные лучистые контуры, симптом выемки, дорожку к корню, положительную динамику роста—наиболее вероятно, периферический рак легкого. Рекомендации: КТ ОГК с контрастным препаратом. Консультация онколога, фтизиатра, торакального хирурга.

Множественные очаги (диссеминация)

Милиарный туберкулез vs карциноматоз vs пневмокониоз.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: в обоих легочных полях определяются множественные очаговые тени (диссеминация). Локализация: равномерно по всем легочным полям (милиарный туберкулез, гематогенный карциноматоз); преимущественно в верхних и средних отделах (хронический диссеминированный туберкулез, пневмокониоз); преимущественно в нижних и средних отделах (лимфогенный карциноматоз, саркоидоз). Размеры: мелкие (1–3 мм) / средние (3–6 мм) / крупные (6–10 мм). Форма: округлая / полигональная. Контур: четкие / нечеткие. Интенсивность: малая / средняя / высокая (обызвествленные очаги). Структура: гомогенные / негетерогенные (при распаде). Легочный рисунок: усилен, деформирован (при лимфогенном карциноматозе, саркоидозе, пневмокониозе); сетчато-ячеистые изменения (пневмофиброз). Корни легких: Корни не расширены / расширены, неструктурны (саркоидоз, туберкулез, лимфомы). Сердце и средостение: не расширено / расширено (лимфаденопатия). Диафрагма и синусы: Плевральные наслоения, выпот (при карциноматозе, туберкулезе). Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина двусторонней диссеминации (мелкоочаговой/ среднеочаговой).

1. Равномерное распределение мелких очагов (1–3мм) по всем полям—наиболее вероятно, острый милиарный туберкулез или гематогенный карциноматоз.

2. Очаги полиморфные (3–8мм), преимущественно в верхних отделах, корни расширены—наиболее вероятно, саркоидоз (стадияII) или хронический

диссеминированный туберкулез. 3. Мелкие очаги с четкими контурами, высокой интенсивности (кальцинаты) на фоне усиленного интерстициального рисунка — наиболее вероятно, пневмокониоз (уточнить профессию: шахтер, сварщик, литейщик). Рекомендации: Консультация пульмонолога, КТ ОГК.

Постковидные изменения (ОЧАГИ «МАТОВОГО СТЕКЛА» И ФИБРОЗ)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: определяются изменения, характерные для перенесенной COVID-19-пневмонии. Локализация изменений: субплевральные зоны в нижних и средних отделах обоих легких; перибронхиально (в проекции корней). Тип изменений: Фаза остаточного «матового стекла» (первые 1–3 месяца после болезни): определяются участки пониженной прозрачности без четких границ («матовое стекло»), в которых легочный рисунок прослеживается; очаговые тени (2–5 мм) с нечеткими, размытыми контурами — поствоспалительные изменения; легочный рисунок усилен, деформирован. Фаза фиброза (через 3–6 месяцев и более): тяжистые, линейные тени (зоны пневмофиброза), идущие от корней к плевре; симптом «сотового легкого» (мелко- и среднеточечная деформация); деформация легочного рисунка (тяжистый, сетчатый характер); бронхоэктазы (цилиндрические, мешотчатые) — в зонах фиброза. Диафрагма и синусы: Утолщение плевры в зонах поражения (плевральные шварты). Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина постковидных изменений в легких (субплевральные зоны «матового стекла» и фиброза). Процесс неактивный (стадия регресса/фиброза). Признаков активной пневмонии не выявлено
Рекомендации: Консультация пульмонолога, КТОГК.

Пневмоторакс

Малый верхушечный пневмоторакс

Характерно: небольшой объем воздуха в плевральной полости, который может не определяться на стандартном снимке на вдохе. Ключевой метод — сравнительный анализ вдоха и выдоха, выявление «тонкой линии висцеральной плевры».

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции в положении стоя. Исследование выполнено на вдохе и на выдохе (экспираторные снимки) для выявления малого объема пневмоторакса. Легочные поля: На вдохе - легочные поля прозрачны, симметричны. Легочный рисунок прослеживается до периферии, однако в латеральном отделе слева/справа (на уровне _ межреберья) отмечается еле заметная линейная тень, ориентированная параллельно грудной стенке — край висцеральной

плевры. В области верхушки легкого на стороне поражения определяется усиление прозрачности (отсутствие легочного рисунка в зоне шириной до 1 см). На выходе - на стороне поражения легочное поле сохраняет повышенную прозрачность (в норме на выдохе оно должно становиться более плотным, что является важным диагностическим признаком наличия воздуха в плевральной полости). Линия висцеральной плевры становится более отчетливой за счет увеличения объема пневмоторакса на выдохе (феномен «фиксации» легкого). Зона просветления между грудной стенкой и легким расширяется до _ мм. Контралатеральное легкое на выдохе уплотняется (физиологическая реакция), что подчеркивает асимметрию. Корни легких: Корни легких структурны, не расширены, не смещены. Сердце и средостение: Тень средостения не смещена, расположена по средней линии. Диафрагма и синусы: Контур диафрагмы четкий, не уплощен. Костно-мышечная система: Ребра, ключицы, грудина, лопатки — без травматических изменений. Целостность кортикального слоя сохранена.

Заключение: Рентгенологическая картина минимального(малого) пневмоторакса слева/справа (объем воздуха ориентировочно 10–15%, расстояние между грудной стенкой и висцеральной плеврой до 8мм). Признаки выявлены на экспираторных снимках.

Пневмоторакс

На обзорной R-грамме органов грудной полости определяется: слева в латеральных отделах плевральной полости скопления воздуха полосой до 30 мм, левое лёгкое частично коллабировано, лёгочный рисунок деформирован. Тень средостения несколько смещена вправо. Купол диафрагмы справа чётко не дифференцируется, опущен. Консолидированные переломы 9,10,11 ребер справа, межреберные промежутки расширены.

Заключение: Пневмоторакс слева.

Травматический пневмоторакс с эмфиземой

Легочные поля: Визуализируется линейный край коллабированного легкого, отделенный от грудной стенки широкой полосой просветления («зона пневмоторакса»), в которой полностью отсутствует легочный рисунок. Спавшееся легкое на стороне поражения имеет повышенную плотность (ателектаз), структура его неоднородна. Легкое на противоположной стороне (витальная компенсация) умеренно эмфизематозно (вздуто) за счет компенсаторной гипервентиляции. Корни легких: Корень легкого на стороне травмы структурен, но несколько смещен кверху (за счет уменьшения объема легкого). Сердце и средостение: Тени сердца и аорты не расширены. В связи с наличием пневмоторакса наблюдается дислокация органов средостения в здоровую сторону (указать степень смещения). Костно-мышечная

система и мягкие ткани: Определяются линейные переломы 5-6 ребер слева по задней подмышечной линии со смещением отломков. На фоне мягких тканей грудной клетки (аксиллярные области, надключичные ямки, грудные мышцы) определяются множественные, сливающиеся между собой просветления неправильной формы («ячеистость», «соты»). Структура мягких тканей резко неоднородна за счет скопления газа.

Заключение: Рентгенологическая картина травматического пневмоторакса слева/справа(степень коллабирования легкого) с подкожной эмфиземой грудной клетки. Сочетанная травма грудной клетки: переломы 5-6 ребер слева.

Эмфизема

На представленной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой (передне-задней) проекции инфильтративных, очаговых изменений достоверно не определяется. Воздушность легочной ткани во всех отделах в значительной степени повышена, визуализируются множественные кистозные и буллезные изменения (больше в нижних отделах), нормальный легочный рисунок на фоне данных изменений не прослеживается. Определяются также деформация легочного рисунка за счет изменений склеротического характера, выраженных больше в прикорневых отделах с обеих сторон, в также в проекции латеральных реберно-диафрагмальных синусов. Контуры диафрагмы четкие, ровные с обеих сторон, латеральные синусы деформированы спайками, без признаков наличия жидкости. Корни с обеих сторон не расширены, структурны, склерозированы, уплотнены, тяжисты. Тень средостения по средней линии, не смещена. Тень сердца имеет обычную конфигурацию, не расширена. Признаков костной травмы, деструктивных изменений неопределяется.

Заключение: признаки эмфиземы легких. Пневмосклероз.

Гидроторакс

Травматический гидроторакс

Характерно: наличие жидкости + признаки травмы (переломы ребер, возможно сочетание с пневмотораксом — гемопневмоторакс).

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (в положении стоя). Ввиду тяжести состояния — в положении лежа на спине (с уточнением). Легочные поля: Справа/слева определяется интенсивное гомогенное затемнение, которое занимает нижние и средние отделы легочного поля, имеет верхнюю границу в виде косой линии (линия Дамуазо — при вертикальном положении) или распространяется тотально (при горизонтальном положении). Ориентировочно объем выпота составляет _ мл (малый — затемнение до уровня IV ребра; средний —

до II ребра; тотальный — все поле). На фоне затемнения структура легочного рисунка не прослеживается. Контралатеральное легкое без очаговых и инфильтративных изменений. Сердце и средостение: Тень средостения не смещена (при условии, что нет напряженного пневмоторакса; при тотальном гемотораксе может быть незначительное смещение в здоровую сторону, что является неблагоприятным признаком продолжающегося кровотечения). Диафрагма и синусы: Реберно-диафрагмальный синус на стороне поражения не дифференцируется. Костно-мышечная система: Определяются переломы _ ребра (ребер) по _ линии со смещением отломков (или без смещения). Целостность кортикального слоя нарушена. (При наличии подкожной эмфиземы, которая часто сопровождает переломы ребер) — в проекции грудной стенки определяются множественные просветления.

Заключение: Рентгенологическая картина гемоторакса справа/слева (средний/большой объем) на фоне переломов _ ребра. **Рекомендации:** дренирование плевральной полости с эвакуацией содержимого и последующая контрольная рентгенография для оценки расправления легкого.

Воспалительный (осумкованный) гидроторакс

Характерно: наличие жидкости, утолщение плевры, возможно наличие «свободного» и «осумкованного» компонентов, отсутствие травматических изменений костей.

Легочные поля: Определяется патологическое гомогенное затемнение с четкими контурами. Затемнение локализуется в проекции нижней доли справа/слева, распространяясь от купола диафрагмы кзади и кнаружи. Классический симптом «ковшеобразной» тени (при осумкованном выпоте). При выполнении проб с наклонами (латеропозиция) уровень жидкости не меняет своего положения (в отличие от свободного гидроторакса, что подтверждает осумкованный характер выпота). Легкое на стороне поражения умеренно сдавлено, легочный рисунок не изменен либо имеются признаки хронического бронхита. Видимая часть париетальной плевры утолщена (до _ мм), имеются плевральные наслоения (шварты). Корни легких: Корень легкого структурен, не расширен. Сердце и средостение: Тень средостения не смещена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы на стороне поражения приподнят за счет сращений. Реберно-диафрагмальный синус на стороне поражения облитерирован. Костно-мышечная система: Костная структура ребер, грудины, ключиц не нарушена. Целостность кортикального слоя сохранена. **Заключение:**

Рентгенологическая картина осумкованного гидроторакса справа/слева, вероятнее всего, экссудативного характера. Признаки хронического плеврита. Рекомендации: Рекомендована плевральная пункция под ультразвуковым контролем для верификации характера выпота (экссудат/трансудат) и цитологического исследования.

Застойный гидроторакс (на фоне хсн)

Характерно: двустороннее поражение, симметричность, сочетание с признаками венозного застоя в легких (интерстициальный отек), отсутствие смещения средостения.

Диафрагма и синусы: В обоих реберно-диафрагмальных синусах визуализируются гомогенные затемнения треугольной формы (свободная жидкость). Справа уровень жидкости располагается несколько выше, чем слева (анатомическая особенность). Верхняя граница жидкости горизонтальная (при вертикальном положении) или косая (при положении лежа). Объем выпота малый/средний. Легочные поля: Легочный рисунок усилен за счет интерстициального компонента. Корни легких: Корни легких расширены, неструктурны, с нечеткими контурами (симптом «крыльев бабочки» или просто застойные корни). Сердце и средостение: Тень сердца значительно расширена в поперечнике (кардиоторакальный индекс более 50%). Сердце имеет аортальную/митральную конфигурацию в зависимости от основного заболевания. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Заключение: Рентгенологическая картина двустороннего гидроторакса (малый/средний объем) на фоне выраженной кардиомегалии и венозного застоя в малом круге кровообращения. Данные изменения характерны для декомпенсации хронической сердечной недостаточности.

Двусторонний гидроторакс, застой по мкк

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легочный рисунок резко усилен за счет сосудистого компонента, сгущен в прикорневых зонах, больше справа, фиброзно-деформирован. Определяется гомогенное затемнение правого гемиторакса в нижнем легочном поле, с косо-нисходящим уровнем (~ до п/о 4 ребра), утолщение междолевой плевры. Корни практически полностью скрыты за тенью средостения, уплотнены, бесструктурны. Слева в нижнем поле определяется затемнение с косо-нисходящей границей (до ~ п/о 8 ребра). Контур левого купола диафрагмы относительно четкий и ровный, справа не визуализируется. Стенки аорты кальцинированы, сердце расширено в поперечнике. КТИ 65%. Правый контур сердечной тени нечеткий, визуализация затруднена. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника.

Заключение: Rg-признаки двустороннего плеврального выпота. Застой по малому кругу кровообращения. Атеросклероз аорты. Кардиомегалия.

Рекомендовано: Стац. лечение./ консультация кардиолога / R-контроль в динамике.

Ателектаз

Обтурационный ателектаз (центральный рак легкого)

Техника и проекции: Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: В проекции верхней доли справа определяется гомогенное затемнение средней интенсивности, занимающее анатомически всю долю. Медиальный контур четкий (междолевая плевра), латеральный — нечеткий, постепенно переходящий в окружающую ткань. Определяется симптом «золотистого S»: на фоне ателектаза по нижнему контуру определяется выпуклое, полициклическое образование размерами $_ \times _ \text{ мм}$, выступающее за пределы спавшегося легкого. Противоположное легкое: без очаговых изменений, эмфизематозно (компенсаторная эмфизема). Корни легких: Корень справа: расширен, неструктурен, контуры полициклические. Прослеживается симптом «культи» — обрыв тени промежуточного бронха. Слева не изменен. Сердце и средостение: Тень средостения смещена вправо (в сторону ателектаза). Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы справа: приподнят, слева без изменений, синусы свободны. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Заключение: Рентгенологическая картина обтурационного ателектаза верхней доли правого легкого. Наличие симптома «золотистого S», расширение и неструктурность корня, симптом «культи» бронха позволяют предположить центральный рак правого легкого с обтурацией долевого бронха. Рекомендации: КТ грудной клетки с контрастированием, Фибробронхоскопия с биопсией. Консультация онколога/ торакального хирурга.

Компрессионный ателектаз (на фоне гидроторакса)

Легочные поля: Справа определяется интенсивное гомогенное затемнение, занимающее нижние и средние отделы легочного поля. Верхняя граница затемнения — косая линия Дамуазо (на уровне заднего отрезка IV ребра). На фоне затемнения прослеживается тень спавшегося легкого, поджатого к корню и средостению. Тень имеет медиальное расположение, структура ее сохранена (прослеживаются бронхи и сосуды). Противоположное легкое: без очаговых изменений. Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и средостение: Тень средостения смещена влево (в противоположную сторону от выпота) за счет объема жидкости. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы на стороне поражения приподнят за счет сращений. Реберно-диафрагмальный синус на стороне поражения не дифференцируется, облитерирован. Костно-мышечная система: Костная структура ребер, грудины, ключиц не нарушена. Целостность кортикального слоя сохранена.

Заключение: Рентгенологическая картина компрессионного ателектаза правого легкого (средний объем) на фоне большого правостороннего гидроторакса.

Дисковидный (пластинчатый) ателектаз

Легочные поля: В базальных отделах справа (над куполом диафрагмы) определяются горизонтально ориентированные линейные тени шириной до 3–5 мм, длиной до 5–7 см, располагающиеся параллельно диафрагме (дисковидные/пластинчатые ателектазы). Легочные поля в остальных отделах прозрачны, легочный рисунок не изменен. Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и средостение: Тень средостения не смещена. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы ровный, синусы свободны. Костно-мышечная система: Костная структура ребер, грудины, ключиц не нарушена. Целостность кортикального слоя сохранена.

Заключение: Рентгенологическая картина дисковидных (пластинчатых) ателектазов в базальных отделах правого легкого (функционального генеза).

Ателектаз

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Определяется тотальное гомогенное затемнение правого гемиторакса. Слева: легочный рисунок усилен и фиброзно-деформирован, инфильтративно-очаговых изменений не определяется. Левый корень не расширен. Легочные синусы слева свободны. Контур левого купола диафрагмы четкий и ровный. Тень средостения смещена вправо. Опорно-двигательный аппарат -дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Заключение: R-признаки тотального ателектаза правого легкого.

Патология плевры

Осумкованный плеврит

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Выполнены пробы с латеропозицией (снимки на боку) для оценки подвижности жидкости. Легочные поля: В проекции нижней доли слева (по задней поверхности) определяется гомогенное затемнение овальной/веретенообразной формы, размерами $_ \times _ \text{ см}$. Контуры затемнения: четкие, выпуклые (симптом «менингиококковой» тени — характерно для осумкованного выпота). Медиальный контур прилежит к позвоночнику, латеральный — к грудной стенке. Верхняя граница: четкая, куполообразная. Нижняя граница: сливается с тенью диафрагмы, синус не дифференцируется. При изменении положения тела форма и положение затемнения не меняются (жидкость фиксирована плевральными сращениями). Легочная ткань: на фоне затемнения не прослеживается. Окружающая легочная ткань без изменений. Корни легких: структурны. Сердце и средостение: не смещены. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы справа четкий, синус свободен. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Заключение: Рентгенологическая картина осумкованного плеврита слева.

Отсутствие смещения жидкости при латеропозиции подтверждает осумкованный характер. Рекомендации: УЗИ плевральной полости.

Эмпиема плевры (пиоторакс)

Легочные поля: Слева определяется интенсивное гомогенное затемнение, занимающее почти все легочное поле (субтотально). В верхних отделах затемнения определяется горизонтальный уровень жидкости с широкой полосой газа над ним (симптом «чаши с воздухом»). Уровень жидкости не меняет своего положения при изменении положения тела (в отличие от пиопневмоторакса). Тень париетальной плевры утолщена (до 5–10 мм), имеет четкие внутренние контуры, отделяющие полость эмпиемы от легочной ткани. Спавшееся легкое поджато к корню и средостению, прослеживается на фоне затемнения в виде медиально расположенной тени с сохраненной структурой (воздушные бронхи). Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и средостение: Тень средостения смещена в противоположную сторону (вправо) за счет большого объема гнойного содержимого. Диафрагма и синусы: не дифференцируются, облитерированы. Костно-мышечная система: Ребра: на стороне поражения могут быть утолщены, склерозированы (при хронической эмпиеме — периостит).

Заключение: Рентгенологическая картина эмпиемы плевры слева(пиоторакс).

Признаки: интенсивное гомогенное затемнение с горизонтальным уровнем жидкости, утолщение париетальной плевры, компрессионный ателектаз легкого, смещение средостения в здоровую сторону.

Плевральные шварты:

По латеральной поверхности правого легкого (на уровне V–VII ребер) определяются линейные тяжистые тени, идущие от грудной стенки к легочной ткани (одиночные или множественные). Реберно-диафрагмальный синус облитерирован, купол диафрагмы деформирован, подтянут кверху. При дыхании (полипозиционно) подвижность диафрагмы ограничена. Панцирное обызвествление плевры: По всей поверхности правого легкого (париетальная плевра) определяется интенсивное, гомогенное обызвествление в виде панцирной пластинки толщиной до 3–5 мм, повторяющей контуры грудной стенки и диафрагмы. Легкое под обызвествленной плеврой не изменено/ уменьшено в объеме (рестриктивные изменения), легочный рисунок не деформирован. Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и средостение: Может быть смещено в сторону поражения (при массивных швартах и обызвествлении). Костно-мышечная система: Костная структура ребер, грудины, ключиц не нарушена. Целостность кортикального слоя сохранена.

Заключение: Рентгенологическая картина: Плевральных шварт справа (исход

перенесенного плеврита). Панцирного обызвествления плевры справа (хронический исход, вероятно, туберкулезного плеврита). Рекомендации: При отсутствии жалоб и клинических проявлений — динамическое наблюдение (контрольная рентгенография 1 раз в год). При наличии рестриктивных нарушений дыхания (одышка, снижение ЖЕЛ) — КТ грудной клетки, консультация пульмонолога и торакального хирурга для решения вопроса о декортикации легкого.

Средостение

Застой по МКК

Рентгенография ОГК в 2-х проекциях

Описание результатов исследования:

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Прозрачность легочных полей диффузно снижена. Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, фиброзно-деформирован. По видимым легочным полям без инфильтративно-очаговых изменений. Определяется расширение тени сосудистой ножки верхнего средостения. Корни практически полностью скрыты за тенью средостения. Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Дуга аорты склерозирована. Сердце расширенно в поперечнике, преимущественно влево. КТИ 57%. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника

Заключение: R-признаков инфильтративно-очаговых изменений в легких не определяется. Rg-признаки застойных изменений по малому кругу кровообращения. Кардиомегалия.

Рекомендовано: Консультация кардиолога.

Отек легких

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Интерстициальный отек (ранняя стадия): Легочный рисунок диффузно усилен, нечеткий, «ватный». Линии Керли: А — длинные линейные тени (2–4 см) в центральных отделах (интерлобулярный отек); В — короткие горизонтальные линии (1–2 см) в базальных отделах, доходящие до плевры (отек междольковых перегородок). Корни легких расширены, неструктурны, контуры их нечеткие, размытые (перибронхиальный отек). Симптом «крыльев бабочки»: перихилярное затемнение с относительно прозрачной периферией. Альвеолярный отек (развернутая стадия): В центральных отделах (перихилярно и базально) определяются интенсивные

гомогенные затемнения с нечеткими контурами, которые сливаются между собой. Затемнения имеют симметричный, двусторонний характер. Форма затемнения — «крылья бабочки» (центральное расположение, периферия свободна) или диффузное «белое легкое» (при тотальном отеке). Воздушные бронхограммы могут прослеживаться на фоне затемнений. Сердце: Кардиогенные признаки (дифференциальная диагностика): Тень сердца расширена (кардиомегалия). Сосудистый пучок расширен. Признаки венозного застоя: расширение верхней полой вены, нечеткость контуров сосудов. Динамика: положительная реакция на диуретики (быстрое разрешение). Некардиогенные признаки (например, при ТЭЛА, ОРДС): Тень сердца не расширена. Затемнения имеют пятнистый, периферический характер. Отсутствие линий Керли. Динамика: не реагирует на диуретики.

Заключение: Рентгенологическая картина отека легких: Интерстициальная стадия: усиление легочного рисунка, линии Керли, расширение корней. Альвеолярная стадия: двусторонние сливные затемнения по типу «крыльев бабочки» с воздушными бронхограммами. Предположительный генез: кардиогенный (на фоне кардиомегалии)/ некардиогенный (сердце не увеличено).

Лимфаденопатия (саркоидоз)

Наиболее частая причина двустороннего расширения средостения. Классический симптом «картофельных гроздей» или «симптом кулисы».

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Средостение: определяется двустороннее расширение тени средостения за счет дополнительных образований в области корней легких. Тень средостения: расширена преимущественно в среднем отделе, контуры ее полициклические, бугристые, напоминающие «грозди картофеля» или «кулисы». Корни легких: резко расширены, уплотнены, неструктурны с обеих сторон. Тени корней имеют полициклические контуры за счет увеличенных бронхопульмональных и трахеобронхиальных лимфатических узлов. На боковой проекции: увеличенные лимфатические узлы располагаются в переднем и среднем средостении (трахеобронхиальная и бифуркационная группы). Легочные поля: при саркоидозе I стадии — без изменений. При II стадии — определяется диссеминация мелкоочаговых теней в средних и нижних отделах, преимущественно перибронхиально и субплеврально. Сердце и аорта: не расширены, расположены обычно. Диафрагма и синусы: без изменений. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Заключение: Рентгенологическая картина двусторонней лимфаденопатии внутригрудных лимфатических узлов (бронхопульмональных, трахеобронхиальных, бифуркационных). Наиболее вероятный диагноз — саркоидоз органов дыхания (I стадия). Дифференциальную диагностику следует проводить с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, лимфопролиферативными заболеваниями (лимфогранулематоз, неходжкинские

лимфомы), метастатическим поражением. Рекомендации: КТ грудной клетки с контрастированием. Консультация онколога/фтизиатра.

Саркоидоз легких и ВГЛУ (направлен исключить пневмонию)

Примечание: рентген-архив не предоставлен, в анамнезе саркоидоз. МСКТ грудной клетки 18.09.2023: Внутригрудная лимфаденопатия, множественные очаги (гранулемы?) в легких и по плевре, инфильтрация костальной плевры слева.

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Описание результатов исследования

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны. Легочный рисунок диффузно усилен за счет смешанного компонента, сгущен в прикорневых зонах, фиброзно-деформирован. Определяются локальные участки неоднородного сгущения и деформации легочного рисунка в S3,4,5 справа. На этом фоне с обеих сторон определяются мелкие очаговоподобные тени. Корни расширены, малоструктурны, бугристы. Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Слева в нижнем поле определяются швы УКЛ.

Заключение: Rg-картина саркоидоза легких и ВГЛУ. Рентгенологически нельзя достоверно исключить наличие пневмонии (метод выбора - МСКТ ОГК).

Рекомендовано: консультация лечащего врача, МСКТ ОГК с КТ-архивом)

Расширение корней

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Описание результатов исследования

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок усилен в прикорневых зонах, местами сгущен и деформирован. По видимым легочным полям без инфильтративно-очаговых изменений. Корни расширены, бугристы, малоструктурны. Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Тень средостения не смещена, определяется выбухание дуги легочной артерии по левому контуру срединной тени. Опорно-двигательный аппарат - без особенной.

Заключение: R-признаки медиастинальной лимфаденопатии (синдром двустороннего расширения корней легких) (диф. диагноз между саркоидозом / ЛПЗ/tbc)

Рекомендовано: дообследование - МСКТ ОГК, с дальнейшей консультацией пульмонолога/фтизиатра/онколога.

Загрудинный зоб:

Средостение: В прямой проекции: в верхнем отделе средостения справа/слева/двусторонне определяется дополнительное образование овоидной формы, размерами _ × _ см. Образование смещает трахею в противоположную сторону (трахея S-образно изогнута). Верхняя граница образования теряется в мягких тканях шеи (уходит за грудину). При глотании (полипозиционно) образование может смещаться кверху. В боковой проекции: образование располагается в переднем средостении, непосредственно позади грудины. Трахея смещена кзади, просвет ее сужен на _ мм. В структуре образования могут определяться мелкие, точечные кальцинаты (узелковый зоб). Легочные поля: без изменений. Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и аорта: не расширены, расположены обычно. Диафрагма и синусы: без изменений. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Заключение: Рентгенологическая картина загрудинного узлового зоба с распространением в верхнее переднее средостение справа. Отмечается смещение и сдавление трахеи. Рекомендации: КТ грудной клетки с контрастированием. Консультация эндокринолога и торакального хирурга.

Тимома:

Средостение: В прямой проекции: в проекции заднего средостения (паравертебрально) слева/справа на уровне _ грудного позвонка определяется дополнительное образование округлой или овальной формы, размерами _ × _ см. Контуры образования четкие, ровные. Образование прилежит к позвоночнику, может вызывать узурацию (вдавление) тел позвонков или расширение межреберных промежутков. В боковой проекции: образование располагается в заднем средостении (между позвоночником и тенью сердца/аорты), имеет округлую форму, прилежит к позвоночному столбу. Легочные поля: без изменений. Корни легких: не расширены, структурны. Сердце и аорта: не расширены, расположены обычно. Костно-мышечная система: Расширение межреберного промежутка на уровне расположения опухоли (опухоль растет из межреберного нерва и раздвигает ребра). Узурация (вдавление) тел и ножек позвонков («полулунные» дефекты). (При нейрофиброматозе) — множественные узурации ребер и позвонков.

Заключение: Рентгенологическая картина нейrogenной опухоли заднего средостения слева (на уровне Th_).

Нейrogenная опухоль (шваннома, нейрофиброма)

Средостение: В прямой проекции: в проекции переднего средостения (парастернально

справа или слева, чаще справа) определяется дополнительное образование округлой или овоидной формы, размерами $_ \times _ \text{ см}$. Контуры образования четкие, ровные (при доброкачественной тимоме) или нечеткие, полициклические (при инвазивной). Образование не смещает трахею (трахея остается по средней линии). В боковой проекции: образование располагается в переднем средостении, непосредственно позади грудины, перед дугой аорты и перикардом. Имеет полушаровидную форму, прилежит к груди. Ретростернальное пространство заполнено тенью опухоли. Структура: гомогенная. Кальцинаты встречаются редко. Легочные поля: без патологических изменений. Костно-мышечная система: при инвазивной тимоме — возможна деструкция грудины (редко).

Заключение: Рентгенологическая картина опухоли переднего средостения (тимомы справа). Контуры четкие, признаков инвазии в окружающие структуры не выявлено (предположительно доброкачественная форма).

Фиброзы

Пневмофиброз

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: В проекции верхней доли справа (субплеврально, S2) определяются локальные фиброзные изменения: Тяжистые, линейные тени высокой интенсивности, идущие от корня к периферии (пневмосклероз). Легочный рисунок в зоне поражения деформирован, имеет ячеистый характер (мелкие кистоподобные просветления). Уменьшение объема пораженной доли. На фоне фиброза определяются: Единичные очаговые тени (кальцинаты) — исход перенесенной пневмонии/туберкулеза. Бронхоэктазы (линейные или мешотчатые просветления) — в зоне фиброза. Остальная легочная ткань: Вне зоны фиброза легочные поля прозрачны, рисунок не изменен. Корни легких: Корень на стороне поражения смещен кверху. Сердце и средостение: не смещено (при локальном фиброзе) / смещено в сторону фиброза (при выраженном). Диафрагма и синусы: Втяжение плевры в зоне фиброза (плевральные шварты). Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина локального пневмофиброза верхней доли правого легкого (поствоспалительные изменения). Процесс неактивный, признаков прогрессирования нет. Рекомендации: Наблюдение в динамике— контрольная рентгенография 1 раз в 12 месяцев. При сохранении жалоб (одышка, кашель)—КТ высокого разрешения для исключения активного интерстициального процесса. Консультация пульмонолога.

Пневмосклероз

Форма грудной клетки: обычная. Легочные поля без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок: чёткий, усилен за счет пневмосклероза. Корни лёгких: не расширены, структурны, уплотнены. Диафрагма: на вдохе, обычной формы с чёткими, ровными контурами. Плевральные синусы: свободны. Гидропневмоторакс не определяется. Средостение: не расширено, без особенностей. Сердце и аорта: тень сердца не изменена. Аорта обычно расположена, уплотнена. Костная ткань: костных травматических и деструктивных изменений нет.

Интерстициальный фиброз (идиопатический фиброзирующий альвеолит)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: определяются двусторонние, симметричные изменения, характерные для интерстициального фиброза: Ранняя стадия (альвеолит, «матовое стекло»): Легочный рисунок диффузно усилен, нечеткий. В нижних отделах — мелкосетчатая деформация (утолщение междольковых перегородок). Корни легких не расширены (в отличие от саркоидоза). Поздняя стадия (фиброз, «сотовое легкое»): Диффузное снижение прозрачности обоих легочных полей, преимущественно в базальных и субплевральных отделах. Сетчато-ячеистая деформация — мелкие (3–10 мм) кистоподобные просветления («сотовое легкое»). Тяжистые тени, идущие от корней к плевре (интерстициальный фиброз). Симптом «трамвайных путей» (утолщенные стенки бронхов). Тракционные бронхоэктазы (бронхи расширены, стенки неровные, извитые). Сердце и средостение: не смещено, сердце может быть расширено за счет правых отделов. Диафрагма и синусы: Контур диафрагмы неровные, «фестончатые» (за счет фиброзных тяжей). Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина двустороннего интерстициального фиброза с формированием «сотового легкого», характерная для идиопатического фиброзирующего альвеолита (стадия фиброза). Отмечаются тракционные бронхоэктазы, признаки легочного сердца. **Рекомендации:** КТ высокого разрешения. Консультация пульмонолога.

Фиброз при пневмокониозах (силикоз, асбестоз)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: определяются двусторонние, симметричные фиброзные изменения, характерные для пневмокониоза: Силикоз (узелковый фиброз): В верхних и средних отделах обоих легких — множественные мелкоузелковые тени (2–5 мм) с четкими контурами, высокой интенсивности. Узелки имеют тенденцию к слиянию с формированием конгломератов («ежик» — силикотические узелки). Симптом «яичной скорлупы»: кальцинация лимфатических узлов корней (периферическая кальцинация — патогномонично для силикоза). Корни легких расширены, уплотнены, могут быть

кальцинированы. Асбестоз (интерстициальный фиброз): Диффузный сетчато-ячеистый фиброз в нижних и средних отделах (в отличие от силикоза). Плевральные бляшки: утолщение париетальной плевры (часто с обызвествлением) по задне-латеральной поверхности, иногда с симптомом «короны». Нечеткие контуры диафрагмы за счет плевральных бляшек. Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина пневмокониоза: Силикоз: узелковый фиброз в верхних отделах, симптом «яичной скорлупы» в корнях. Асбестоз: интерстициальный фиброз в нижних отделах, плевральные бляшки. Процесс стабильный (при прекращении контакта с вредностью)/ прогрессирующий (при продолжении контакта). **Рекомендации:** КТ высокого разрешения. Консультация пульмонолога.

ХОБЛ и эмфизема

Эмфизематозный тип

Пациент — «розовый пытельщик»: худой, одышка, кашель скудный. Основной механизм — потеря эластической тяги легких.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: Повышенная прозрачность обоих легочных полей (эмфизема). Легочный рисунок обеднен, истончен, особенно в периферических отделах («тихие зоны»). В базальных отделах (наиболее сохранных) — легочный рисунок может быть усилен, деформирован. Трахея может быть расширена (симптом «сабельных ножен» — сагиттальный размер увеличен). Корни легких: Корни не расширены, структурны (в отличие от бронхитического типа). Сердце и средостение: Тень сердца узкая, свисающая («капельное сердце») — за счет низкого стояния диафрагмы. Сердечно-грудной индекс снижен (< 40–45%). Сосудистый пучок не расширен. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы низко расположен (на уровне переднего отрезка VII–VIII ребра или ниже). Контур диафрагмы уплощен, зазубрен (признак напряжения и фиксации). Экскурсия диафрагмы резко ограничена (по данным полипозиционного исследования — менее 2–3 см вдох-выдох). Костно-мышечная система: Бочкообразная форма ГК (увеличение передне-заднего размера). Ребра расположены горизонтально (угол наклона ребер > 45° к позвоночнику). Межреберные промежутки расширены.

Заключение: Рентгенологическая картина хронической обструктивной болезни легких, эмфизематозный тип (панлобулярная/ панацинарная эмфизема).

Рекомендации: Консультация пульмонолога.

Бронхитический тип

Пациент — «синий отечник»: избыточная масса тела, цианоз, кашель с обильной

мокро т ой, одышка менее выражена. Основной механизм — хроническое воспаление бронхов и бронхиол.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Легочные поля: Прозрачность легочных полей не изменена (в отличие от эмфизематозного типа) или слегка повышена в верхних отделах. Легочный рисунок резко усилен, деформирован, имеет сетчато-ячеистый и тяжистый характер (перибронхиальный фиброз, пневмосклероз). Симптом «трамвайных путей»: утолщенные стенки бронхов прослеживаются в виде параллельных линейных теней. Симптом «кольца»: поперечно срезанные бронхи выглядят как кольцевидные просветления с утолщенными стенками. Корни легких: Корни расширены, уплотнены, неструктурны за счет перибронхиального фиброза и реактивных изменений. Контур корней нечеткие, тяжистые. Сердце и средостение: Тень сердца не увеличена (в ранних стадиях) или может быть расширена за счет правых отделов (при развитии легочного сердца). Сосудистый пучок не расширен. Диафрагма и синусы: Купол диафрагмы расположен нормально или слегка низко. Подвижность диафрагмы ограничена (но менее выражена, чем при эмфизематозном типе). Возможно утолщение плевры (сопутствующий плеврит). Костно-мышечная система: без патологии.

Заключение: Рентгенологическая картина хронической обструктивной болезни легких, бронхитический тип (хронический обструктивный бронхит с перибронхиальным фиброзом и пневмосклерозом). Рекомендации: Консультация пульмонолога.

Осложненное течение ХОБЛ:

На фоне описанных выше признаков ХОБЛ (гипервоздушность, бочкообразная грудная клетка, низкая диафрагма) определяются следующие осложнения:

Буллы (буллезная эмфизема): В проекции верхних и средних отделов обоих легких (чаще субплеврально) определяются тонкостенные полости размерами от _ до _ см. Стенки булл истончены, ровные, внутренний контур четкий. Внутри булл — отсутствие легочного рисунка (воздух). Буллы могут быть одиночными или множественными, иногда занимают до половины легочного поля («исчезающее легкое»).

Спонтанный пневмоторакс (осложнение разрыва буллы): На стороне слева определяется зона просветления в латеральных отделах, отделенная от грудной стенки коллабированным легким. Линия висцеральной плевры визуализируется на расстоянии _ см от грудной стенки. Средостение смещено вправо (при напряженном пневмотораксе) — признак жизнеугрожающего состояния. Купол диафрагмы на стороне поражения уплощен.

Легочное сердце: Тень сердца расширена за счет правого желудочка (увеличение поперечного размера сердца, закругление левого нижнего контура сердца). Дуга легочной артерии выбухает (на левом контуре средостения между дугой аорты и

ушком левого предсердия). Корни легких расширены за счет центральных ветвей легочной артерии (симптом «ампутации» корня — обрыв сосудов на фоне эмфиземы). При декомпенсации — признаки венозного застоя (расширение корней, усиление легочного рисунка)

Заключение: Рентгенологическая картина ХОБЛ, эмфизематозный тип, осложненное течение:

1. Буллезная эмфизема (множественные буллы в верхних отделах).

2. Спонтанный пневмоторакс слева (_% коллабирования легкого) — предположительно на фоне разрыва буллы.

3. Признаки легочного сердца (гипертрофия правого желудочка, взбухание дуги легочной артерии). Рекомендации: Консультация пульмонолога.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы:

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Описание результатов исследования

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок фиброзно-деформирован. По видимым легочным полям без инфильтративно-очаговых изменений. Корни не расширены, структурность сохранена. Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. В проекции заднего средостения определяется куполообразная тень с наличием уровня газ/жидкость (наиболее вероятно, ГПОД)

Заключение: Rg-признаков инфильтративно-очаговых изменений в легких не выявлено. R-признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

На представленном снимке ОГК грубой очаговой патологии не выявлено (более детально оценить невозможно из-за качества представленного изображения). Корни не расширены. Плевральные синусы свободные. Отмечается высокое расположение правого купола диафрагмы – на уровне переднего отрезка 5-го ребра. Левый купол диафрагмы без особенностей. Средостение расположено типично, не расширено. На фоне тени сердца, паравертебрально слева, определяется дополнительная тень округлой формы с четким контуром – более вероятно, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Релаксация правого купола диафрагмы. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы? Для уточнения диагноза рекомендована R-графия ОГК в правой боковой проекции для уточнения формы правого купола диафрагмы и, одновременно, оценки заднего средостения (подтверждения или исключения дополнительного образования позади тени сердца). При наличии дополнительного образования в заднем средостении, что будет являться подтверждением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рекомендована R-скопия пищевода и желудка, с последующей консультацией гастроэнтеролога.

Медицинские устройства и инородные тела

Аспирация инородного тела

Заключение: Металлическое инородное тело в бронхе, ателектаз легкого.

Контроль ЦВК

Заключение: Центральный венозный катетер в верхней полой вене (норма). Катетер ушел в яремную вену (неправильное положение).

Эндотрахеальная трубка

Заключение: Дистальный конец трубки на 3см выше бифуркации (норма). Интубация правого бронха, ателектаз левого легкого (глубокое стояние).

Электрокардиостимулятор

Заключение: Электроды кардиостимулятора в правых отделах сердца(норма). Смещение (дислокация) желудочкового электрода.

Грудная клетка – кардиостимулятор

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой и боковой проекции костных деформаций не выявлено, грудная клетка цилиндрической формы. Очаговые и инфильтративные тени не визуализируются. В 4м межреберье визуализируется имплантированный кардиостимулятор и отходящие от него электроды. Концы электродов находятся в полостях сердца, перегибов по их ходу нет. Легочный рисунок обогащен, смешанного характера, более выражен в прикорневых отделах. Корни

легких, структурны, не расширены. Тень сердца не изменена. КТИ 50% Контуры диафрагмы четкие, ровные. Синусы срезаны.

Имплант МЖ

Примечание: рентген-архив не предоставлен

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях

Описание результатов исследования

Установка не симметричная. Качество снимка удовлетворительное. Легкие воздушны, расправлены. Легочный рисунок симметричен с обеих сторон, не изменен. По видимым легочным полям инфильтративно-очаговых изменений не определяется. Корни не расширены, структурность сохранена (левый корень частично скрыт за тенью средостения и импланта). Легочные синусы свободны. Контур правого и левого купола диафрагмы четкий и ровный. Аорта, сердце - без особенностей. Опорно-двигательный аппарат - дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Тень импланта ЛМЖ.

Заключение* R-признаков инфильтративно-очаговых изменений в легких не выявлено. Состояние после реконструктивной маммопластики справа.

Травма

Перелом ребер

На представленной рентгенограмме органов грудной клетки, выполненной в прямой передне-задней проекции в положении пациента стоя, определяются следующие изменения: по периферии и в верхних отделах левого легочного поля на расстоянии около 3 см от тени грудной стенки визуализируется участок, лишенный легочного рисунка; левое легкое поджато, уплотнено. В проекции левого латерального реберно-диафрагмального синуса и нижних отделов левого легочного поля визуализируется тень средней интенсивности с горизонтальной, ровной, четкой верхней границей, располагающаяся на уровне заднего отрезка 9-го ребра. Справа в проекции легочного поля, грудной стенки, подкожной клетчатки и мышц визуализируются множественные линейные просветления, соответствующие включениям газа (подкожной эмфиземе). С левой стороны определяется перелом переднего отрезка 3-го ребра со смещением меньшего отломка по ширине книзу и латерально; перелом 4-го ребра слева по средней подмышечной линии с минимальным смещением отломков по ширине; перелом 5-го ребра слева по задней подмышечной линии без смещения отломков. Со стороны правого легочного поля инфильтративных, очаговых изменений не определяется. Корень справа не расширен, слева не визуализируется. Тень

средостения по средней линии. Тень сердца имеет обычную конфигурацию.

Заключение: множественные переломы ребер слева, в т.ч. со смещением отломков по ширине. Правосторонний гемоторакс. Пневмоторакс справа.

Подкожная эмфизема справа.