



**Полис ОМС: МАКС -М Самара -  
6357640838000734**  
**Дата исследования: 20.04.2023**  
**Пациент: КУРДИН Николай Егорович**  
**Дата рождения: 11.02.53**  
**Пол: Мужской**  
**Адрес: г Самара, ул Свободы, д 220, кв 33**  
**Рост: 169 см, Вес: 68 кг**  
**Номер карты: KN00577336**  
**Уровень глюкозы: 4,6 ммоль/л**  
**Единицы измерения: g/ml\*SUVlbm**

**Наименование медицинской техники: ПЭТ/КТ GE  
Discovery 610 (Самара)**  
**Область сканирования: Whole body**  
**Радиофармпрепарат: 18F-Фтордезоксиглюкоза**  
**Введённая активность: 272 МБк**  
**Время введения: 20.04.2023 08:10**  
**Контрастное усиление в/в: не проводилось**  
**Аллергическая реакция: Не отмечена**  
**Суммарная эффективная доза: 22,08 мЗв**

**Анамнез заболевания:** Комплексное лечение

**Цель исследования:** Оценка эффективности проведенного лечения

## ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЭТ/КТ

**SUVmax пула крови: 1.55**

**SUVmax печени: 2.82**

**Область головы и шеи:** Глазные яблоки, зрительные нервы, ретробульбарные пространства не изменены. Правая ВЧП субтотально заполнена гомогенным содержимым с низким накоплением РФП, рекомендовано консультация ЛОР врача. Слюнные железы без особенностей. Анатомия полости рта и ротоглотки без особенностей. Глотка и гортань анатомически правильно развиты. Их контуры ровные и четкие, стенки не утолщены. Физиологическая гиперфиксация РФП в ротоглотке, носоглотке. Щитовидная железа в правой доле определяется образование, с патологическим накоплением РФП SUVmax 9.84 10мм, с высокоплотными включениями. Лимфатические узлы без очагов патологического метаболизма ФДГ.

**Органы грудной клетки:** Паренхима легких пневматизирована удовлетворительно, над левой междолевой бороздой определяется округлый очаг 5мм, гиперметаболизма ФДГ не отмечается, линейный фиброз в нижней доле справа. Трахея и бронхи I-III порядка не деформированы, проходимы. Средостение не смещено и не расширено. Новообразований в переднем и заднем средостении не определяется, структура его дифференцируется. В миокарде диффузное повышение накопления РФП вероятнее функционального генеза, при наличии показаний консультация кардиолога. Увеличенных лимфатических узлов средостения и аксиллярной области с обеих сторон с повышенной метаболической активностью ФДГ не визуализируется. В плевральных полостях и полости перикарда экссудата нет.

**Органы брюшной полости:** Печень обычно расположена, в размерах не увеличена, без очагов гиперметаболизма ФДГ. Состояние после гемиколэктомии справа, в области анастомоза очаг гиперметаболизма ФДГ SUVmax 5.76 10x8мм объемного образования четко не визуализируется. На переднюю брюшную стенку справа выведена илеостома с краевым вероятнее реактивным гиперметболизмом ФДГ. Вдоль петли тонкого кишечника, немного ниже и левее анастомоза отмечается фокус гиперфиксации РФП SUVmax 4.63 5мм. Поджелудочная железа в размерах не увеличена, очагов гиперметаболизма ФДГ нет. Парапанкреатическая клетчатка - без инфильтративных изменений. Селезенка с четкими ровными контурами, паренхима обычной плотности.

Надпочечники обычно расположены, без патологических очагов гиперфиксации ФДГ. Почки расположены обычно, левый мочеточник катетеризирован, в ЧЛС слева конкременты, в паренхиме киста 18мм.

Л/узлы брюшной полости и забрюшинного пространства, без очагов гиперметаболизма ФДГ. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**Органы малого таза:** Дополнительных метаболически активных образований в области таза не визуализируется.

Тазовые и периферические лимфатические узлы без очагов патологического метаболизма ФДГ. Физиологическая гиперфиксация РФП в мочевом пузыре, по ходу дистальных отделов толстой кишки.

**Костная система и мягкие ткани:** Признаков остеобластических или остеолитических изменений с патологической гиперфиксацией РФП не выявлено.

**Заключение:**

ПЭТ/КТ картина:

-метаболически активного образования щитовидной железы, подозрение на ЗНО, рекомендовано консультация профильного специалиста;

-метаболически активного очага области анастомоза, больше данных за анастомозит, нельзя исключить рецидив;

-метаболически активного очага вдоль тонкого кишечника дифференцировать грануляционные (послеоперационные) изменения и возможный мтс (в стенке или прилежащей брюшине), рекомендовано дообследование и контроль в динамике.

**Врач ОЗЕРОВ Евгений  
Анатольевич**

**20.04.2023**

Внимание! 1)Все результаты исследования выданы пациенту. 2)Данное заключение не является клиническим диагнозом, а наряду с результатами других исследований является одним из оснований для вынесения диагноза в работе врача-клинициста. 3)На контрольные исследования явка со всеми данными (протоколы и CD/DVD-диски).