



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ
м.Коломия вул.Р.Крушельницьких 26
тел. 03433 3 72 88; e-mail: ktldz@mail.ru
ТОМЕНЧУК М. П. 1960р.н №8960

Centre of Diagnostic Medicine®

СКТ шийного відділу хребта (ЄЄД 3,4 мЗв).

На серії томограм: Фізіологічний лордоз шийного відділу хребта згладжений. Тіла хребців звичайної форми трабекулярної структури. Товщина кортикального шару задовільна.

Співвідношення міжхребцевих проміжків нерівномірно знижене з найбільшою вираженістю в сегменті С5-С6 за рахунок циркулярної протрузії диску глибиною до 0,35см. В даному сегменті наявні краєві кісткові розростання у вигляді остеофітів, що також приймають участь у стенозуванні бокових міжхребцевих отворів.

Спинний мозок розташований по центру хребетного каналу має нормальну товщину та щільність.

Дуговідросткові суглоби та унковертебральні з'єднання не змінені. Паравертебральні м'які тканини без патологічних змін.

ЗАКЛЮЧЕННЯ:

КТ-ознаки протрузії диску в сегменті С5-С6. Спондиліоз.
Остеохондроз шийного відділу хребта.

08.06.2016р.

лікар Мельник Орест Богд.



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ
м. Коломия вул. Р. Крушельницьких 26
тел. (03433) 3-72-88; e-mail: ldc-medex@ukr.net
ТОМЕНЧУК М. П. 1960р.н №8960

Centre of Diagnostic Medicine®

СКТ грудного та поперекового відділу хребта (ЄЄД 3,6 мЗв).

На серії томограм: відмічається поглиблення фізіологічного кіфозу грудного відділу хребта з кутом на рівні Th6- Th7 де відмічаються краєві кісткові розростання у вигляді остеофітів. Лордоз поперекового відділу хребта збережений. Відмічається зниження щільності кісткових структур за рахунок остеопоротичних змін.

Товщина кортикального шару задовільна.

Наявне нерівномірне зниження висоти міжхребцевих проміжків за рахунок дугоподібної деформації замикаючих поверхонь тіл хребців. В сегменті L4-L5 наявна циркулярна протрузія диску глибиною до 0,45см що звужує бокові міжхребцеві отвори компроментуючи їх структури. Спинний мозок розташований по центру с/м каналу має нормальну товщину та гомогенну щільність.

Реберно – хребетні та реберно – поперечні суглоби без особливостей.

На інших обстежуваних сегментах вираженої дискогенної патології та звуження с/м каналу не виявлено.

Паравертебральні тканини без особливостей.

ЗАКЛЮЧЕННЯ:

КТ-ознаки протрузії диску в сегменті L4-L5. Спондиліоз. Остеопороз. Остеохондроз поперекового відділу хребта.

08.06.2017р.

лікар Мельник Орест Богд.



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ
м. Коломия вул. Р. Крушельницьких 26
тел. (03433) 3 72 88; e-mail: ldc-medex@ukr.net
ТОМЕНЧУК М. П. 1960 р. н. № 8960/1

Centre of Diagnostic Medicine®

СКТ голови проведено без в/в контрастування (ЄЄД 1,7мЗв)

На серії томограм: об'ємних та вогнищевих змін з сторони мозкової речовини не виявлено.

Звивини кіркової речовини головного мозку та мозочка звичайної конфігурації, не поширені.

Конвекситальні борозни чітко виражені, симетричні, нормальної ширини та глибини. Диференціація кори та білої речовини збережена.

Шлуночкова система мозку не розширена, симетрична.

Водопровід простежується на всьому проміжку.

Утворення середньої лінії не зміщені.

Церебро – спінальний перехід без особливостей. Мигдалини мозочка нижніми полюсами розташовані вище великого черепного отвору.

Гіпофіз в розмірах не збільшений, структура однорідна без ознак зміщення. Параселярні структури без особливостей.

Пристінково в лівій в/щ пазусі наявний вміст рідинної щільності до 0,7см товщиною.

Пневматизація інших додаткових пазух носа не порушена.

В «кістковому вікні» патологічних змін з боку кісток основи та склепіння черепа не відмічається.

ЗАКЛЮЧЕННЯ:

КТ-ознаки патологічних змін та об'ємних процесів з сторони мозкових структур на момент огляду не виявлено. Лівосторонній в/щ синусит.

13.06.2017р.

лікар Мельник Орест Богд.



Доплерографія судин

м. Коломия вул. Р. Крушельницьких 26
тел. (03433) 3-72-88; ldc-medex@ukr.net

Томенчук М.П. 1960 р.н.

Centre of Diagnostic Medicine®

Судин шиї та голови

Хід судин правильний. Гілки дуги аорти відходять в типових місцях. Комплекс інтима-медіа товщиною до 0,7-0,9 мм (норма до 0,7 мм) нерівномірно потовщена. В обох каротидних синусах наявне а/т потовщення товщиною 0,16 см.

При доплерографії сонних артерій наявної патології не виявлено. Яремна вена справа розширена, при компресії спадається. По правій вертебральній артерії швидкість кровотоку – 0,24 м/с, RI – 0,59 (до 0,7), зліва – 0,27 м/с, RI – 0,70 (до 0,7).

Транстемпоральний доступ – кровотік по Вілізієвому колі симетричний, нормотонічний. Трансофтальмічний доступ – кровотік по очних артеріях симетричний, нормотонічний.

Трансокципітальний доступ – швидкість по базилярній артерії становить – 117 см/с. Опір периферичного судинного русла в нормі. Лінійна швидкість кровотоку по прямому венозному синусі становить – 92 см/с. Венозний тонус судин підвищений.

Заключення: Ознаки вегето-судинної дистонії по змішаному типу; спазму вертебральних артерій зліва. Утруднений відтік крові по прямому венозному синусі.

Рекомендовано: КТ головного мозку, консультація невропатолога, повторний огляд судин г/ш після проведеного лікування.

08.06.2017 р.

Л-р: Корецька Х.В.

NB Висновок УЗ дослідження не є заключним діагнозом, а лише складовою частиною діагностичного процесу. Потребує корекції з клініко-лабораторними даними та іншими методами візуалізації. Не замінює проведення ендоскопічних процедур чи біопсії.

«ЛДЦентр»
Лечебно-диагностический центр
Центр диагностической медицины

СКТ шейного отдела позвоночника (ЭД 3,4 мЗв).

На серии томограмм: Физиологический лордоз шейного отдела позвоночника сглажен. Тела позвонков обычной формы трабекулярной структуры. Толщина кортикального слоя удовлетворительная. Соотношение межпозвонковых промежутков неравномерно снижено, с наибольшей выраженностью в сегменте С5- С6 за счет циркулярной протрузии диска глубиной до 0,35см. В данном сегменте имеются краевые костные разрастания в виде остеофитов, которые также принимают участие в стенозировании боковых межпозвонковых отверстий. Спинной мозг, расположенный по центру позвоночного канала, имеет нормальную толщину и плотность. Дугоотросчатые суставы и унковертебральные сочленения не изменены. Паравертебральные мягкие ткани без патологических изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-признаки протрузии диска в сегменте С5-С6. Спондилез.
Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

08.06.2016 г.

врач Мельник Орест Богд.

[подпись]

«ЛДЦентр»
Лечебно-диагностический центр
Центр диагностической медицины

СКТ грудного и поясничного отдела позвоночника (ЭД 3,6 мЗв).

На серии томограмм: отмечается углубление физиологического кифоза грудного отдела позвоночника с углом на уровне Th6- Th7, где отмечаются краевые костные разрастания в виде остеофитов. Лордоз поясничного отдела позвоночника сохранен. Отмечается снижение плотности костных структур за счет остеопоротических изменений.

Толщина кортикального слоя удовлетворительная.

Имеется неравномерное снижение высоты межпозвонковых промежутков за счет дугообразной деформации замыкающих поверхностей тел позвонков.

В сегменте L4-L5 имеется циркулярная протрузия диска глубиной 0,45см, которая сужает боковые межпозвонковые отверстия, влияя на их структуру.

Спинной мозг, расположенный по центру спинномозгового канала, имеет нормальную толщину и однородную плотность.

Реберно-позвоночные и реберно-поперечные суставы без особенностей.

На других обследуемых сегментах выраженной дискогенной патологии и сужения спинномозгового канала не выявлено.

Паравертебральные ткани без особенностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-признаки протрузии диска в сегменте L4-L5. Спондилез. Остеопороз.

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

08.06.2017 г.

врач Мельник Орест Богд.

[подпись]

«ЛДЦентр»
Лечебно-диагностический центр
Центр диагностической медицины

СКТ головы проведено без контрастирования (ЭД 1,7мЗв)

На серии томограмм: объемных и очаговых изменений со стороны мозгового вещества не обнаружено.

Извилины коры головного мозга и мозжечка обычной конфигурации, не расширены.

Конвекситальные борозды четко выражены, симметричны, нормальной ширины и глубины. Дифференциация коры и белого вещества сохранена.

Желудочковая система мозга не расширена, симметрична.

Водопровод прослеживается на всем промежутке.

Образования средней линии не смещены.

Цереброспинальный переход без особенностей. Миндалины мозжечка нижними полюсами расположены выше большого затылочного отверстия.

Гипофиз в размерах не увеличен, структура однородная, без признаков смещения.

Параселлярные структуры без особенностей.

Пристеночно в верхнечелюстной пазухе имеется содержание жидкостной плотности до 0,7см толщиной.

Пневматизация других придаточных пазух носа не нарушена.

В «костном окне» патологических изменений со стороны костей основы и костей свода черепа не отмечается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

КТ-признаков патологических изменений и объемных процессов со стороны мозговых структур на момент осмотра не выявлено. Левосторонний верхнечелюстной синусит.

13.06.2017 г.

врач Мельник Орест Богд.

[подпись]

«ЛДЦентр»
Лечебно-диагностический центр
Центр диагностической медицины

Сосудов шеи и головы

Ход сосудов правильный. Ветви дуги аорты отходят в типичных местах. Комплекс интима-медиа толщиной до 0,7-0,9 мм (норма до 0,7 мм), неравномерное утолщение. В обоих каротидных синусах имеются а/т утолщения толщиной 0,16 см.

При доплерографии сонных артерий имеющейся патологии не выявлено. Яремная вена справа расширена, при компрессии спадается. Скорость кровотока по правой вертебральной артерии - 0,24 м/с, RI - 0,59 (до 0,7), слева - 0,27 м/с, RI - 0,70 (до 0,7).

Транстемпоральный доступ – кровоток по Визиллиевому кругу симметричный, нормотонический. Трансофтальмичный (глазничный) доступ - кровоток по глазным артериям симметричный, нормотонический.

Трансокипитальный доступ - скорость по базилярной артерии составляет 117см/с. Сопротивление периферического сосудистого русла в норме. Линейная скорость кровотока по прямому венозному синусу составляет 92 см/с. Венозный тонус сосудов повышен.

Заключение: Признаки вегето-сосудистой дистонии смешанного типа; спазма вертебральных артерий слева. Затрудненный отток крови по прямому венозному синусу.

Рекомендовано: КТ головного мозга, консультация невропатолога, повторный осмотр сосудов головы и шеи после проведения лечения.

08.06.2017 г.

Врач: Корецька Х.В. *[подпись]*

NB Заключение УЗ-исследования не является заключительным диагнозом, а лишь составной частью диагностического процесса. Требуется коррекция с клинико-лабораторными данными и другими методами визуализации. Не заменяет проведения эндоскопических процедур или биопсии.