

• Өкпе

Пішіні жартылай конус тәрізді, оның төменгі жағы немесе негізі ойыстау біткен, кеуде қуысын іш қуысынан бөліп тұратын көк етке кіріп жатады. Жоғарғы жағы сүйір, бұғана сүйегінен 2 – 3 см-дей шығып, мойынның төменгі бөлігіне еніп жатады. Сыртында сірлі қабық – өкпеқап ([плевра](#)) болады. Өкпеге ауатамырлары ([бронх](#)), өкпе артериясы келеді де, одан екі өкпе венасы шығады. Сол жақ өкпе екі бөліктен (жоғарғы, төменгі), ал оң жақ өкпе үш бөліктен (жоғарғы, ортаңғы және төменгі) тұрады. Өкпеішілік ауатамырлар жүйесі тармақты ауатамыр түзеді, бөліктік ауатамырлардың ұшындағы тармақтары ауатамыршаларға (бронхиолаларға) бөлініп, тыныс алу бөлігіне өтеді. Ауатамыршалары көпіршікті жолдар түзеді де, оның ішінде өте көп майда көпіршіктер ([альвеолдар](#)) болады. Ересек адамның екі өкпесіне 700 млн-нан астам көпіршік сияды. Жан-жағын қантамырлар капиллярлары қоршаған көпіршектерде газ алмасу жүреді. Өкпеде жұтқан ауа қанға өтеді, [көмір қышқыл газы](#) қаннан ауаға шығады. Адамның жалпы орташа өкпе сыйымдылығы – 2680'120. Өкпе дене температурасының тұрақтылығын сақтауға, [қан ұюы](#), [белок](#), май және [көміртек](#) алмасу процестеріне қатысады.

Өкпе сегменттерінің классификациясы

Өкпенің оң жақ бөлігі – 10 сегменттен тұрады

- Жоғарғы бөлік – 3 сегментке бөлінеді
 - Ұшы (S_1);
 - Артқы (S_2);
 - Алдыңғы (S_3).
- Ортаңғы бөлігі – 2 сегментке бөлінеді
 - латеральды (S_4);
 - медиальды (S_5).
- Төменгі бөлік – 5 сегментке бөлінеді
 - жоғарғы (S_6);
 - медиобазальды, немесе жүректік (S_7);
 - Алдыңғыбазальды (S_8);
 - Латеральдыбазальды (S_9);
 - Артқыбазальды (S_{10}).

Өкпенің сол жақ бөлігі – 8 сегменттен тұрады

- Жоғарғы бөлік – 4 сегментке бөлінеді
- Артқы ұшы (S_{1+2});
- алдыңғы (S_3);
- верхний язычковый (S_4);
- нижний язычковый (S_5).
- Төменгі бөлік – 4 сегментке бөлінеді
- верхний (S_6);
- переднебазальный (S_8);
- латеральнобазальный, или латеробазальный (S_9);
- заднебазальный (S_{10}).

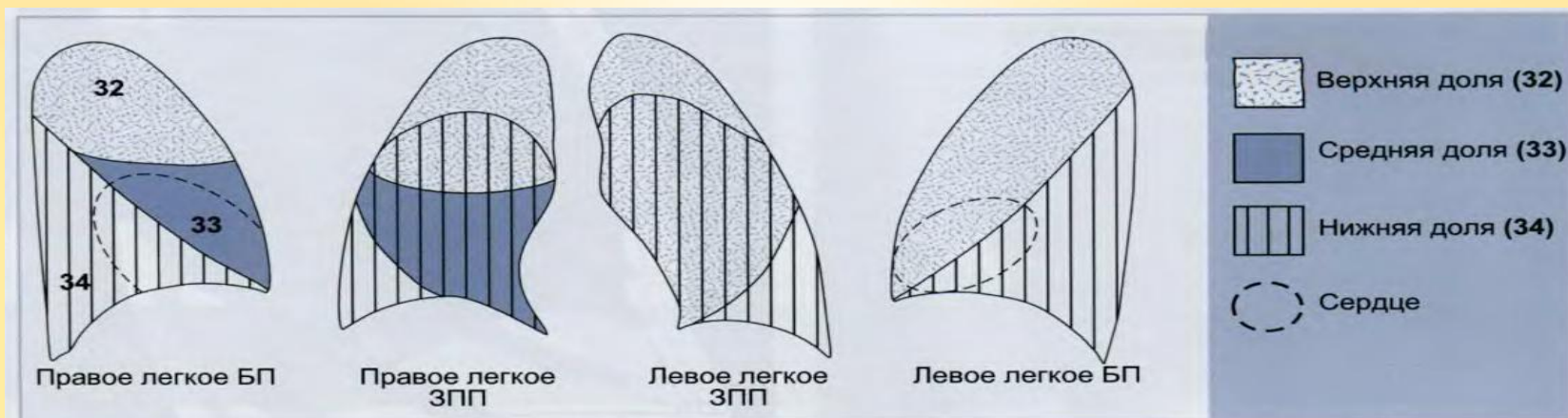


Рис. 10.3 Распространение долей легких на рентгенограммах. Схемы суммации в различных проекциях.

Сәулелі диагностика түрлері

1. Міндетті диагностика әдістері
2. Қосымша зерттеу әдістері

Рентгенографиялық зерттеудің ерекшеліктері

- Қолжетімділігі және мәліметтің айқындылығы; объективтілігі; ақпаратты ұзақ уақыт бойы сақтай алады; науқасты қарау кезінде процесс динамикасын бақылауда ұстайды.
- Қиғаш проекция процесстің локализациясын бағалайды, базальды бөлімдер мен өкпе түбірінің патологиясын бағалайды.

- **Рентгенография** груди независимо от предполагаемой патологии выполняется сначала в виде обзорных снимков в прямой (обычно передней) и боковой (соответственно стороне поражения) проекциях с получением теневого изображения всех анатомических структур этой области. В стандартном варианте исследование производится в вертикальном положении пациента на высоте глубокого вдоха (с целью повышения естественной контрастности легких). Дополнительно по показаниям можно выполнять снимки в других проекциях (косых), при горизонтальном положении пациента, в латеропозиции, на выдохе. Для детализации интересующих участков можно произвести прицельные снимки.

Қосымша әдістер

- Компьютерлі томография
- Магнитті-резонансты компьютерлі томография
- Рентгеноконтрасты зерттеу
- Бронхография
- Ангиопульмонография
- Плеврография
- Кавернография
- Фистулография
- Медиастинография
- Лимфография

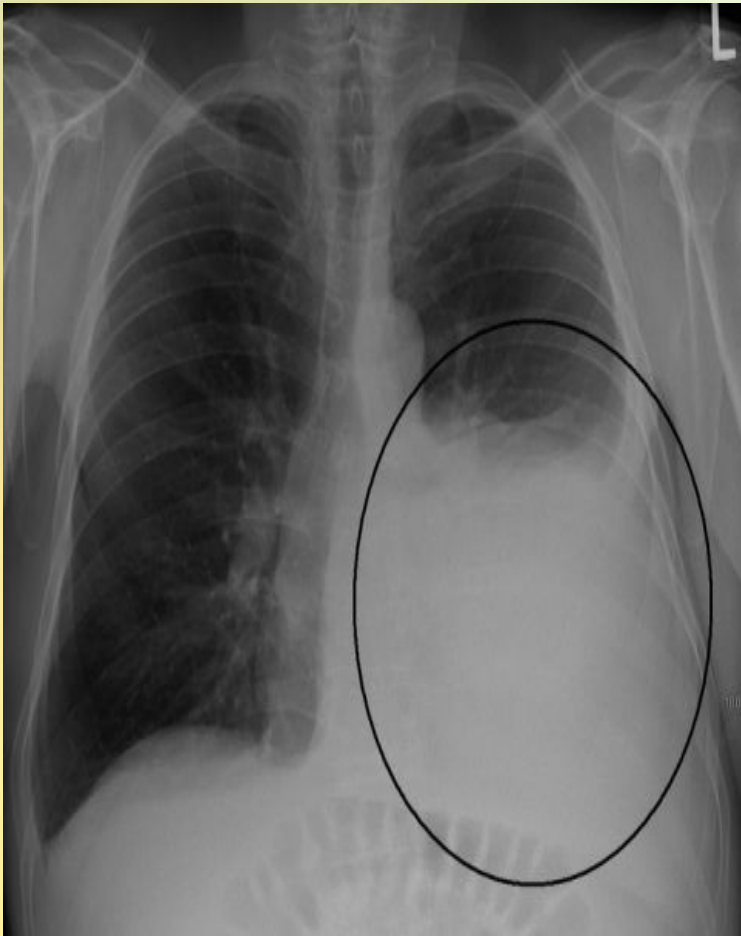
Өкпе туберкулезіндегі негізгі рентгенографиялық синдромдар

- Өкпе алаңының кеңейген қараюы
- Шектелген қараюы
- Өкпе алаңында дөңгелек көлеңке
- Сақинатәрізді көлеңке
- Ошақты және шектелген диссеминация
- Диффузды диссеминация
- Өкпе түбірінің патологиялық өзгеруі
- Өкпе суретінің патологиялық өзгеруі
- Кеңейген жарғаюы Обширное прсветление

Патологический процесс, отображающийся этим синдромом, определяют по положению средостения и характеру затенения

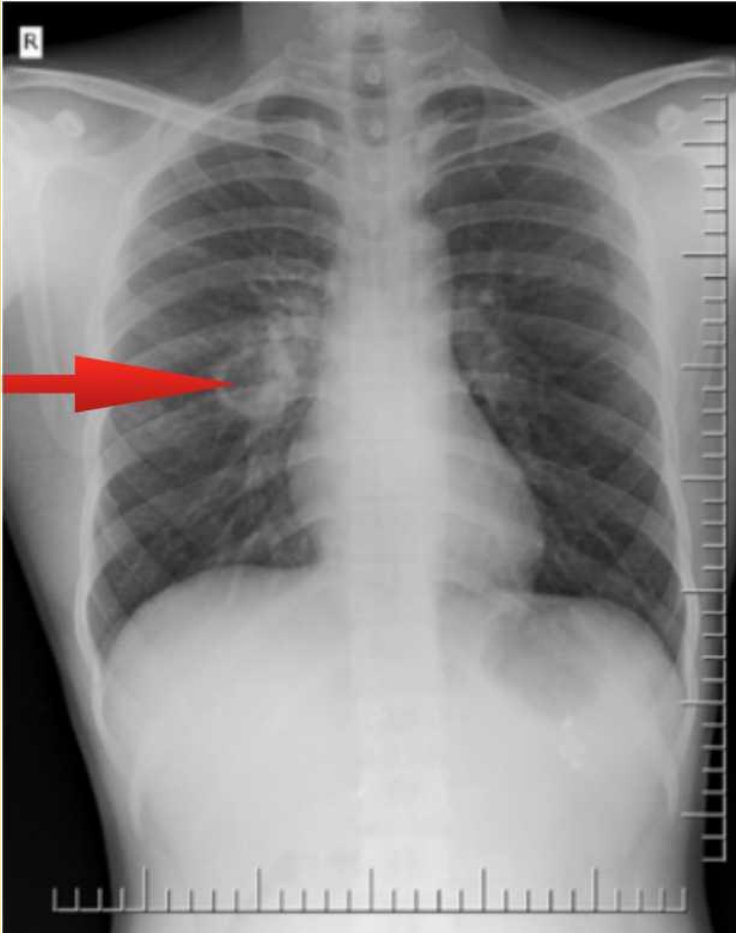


Синдром ограниченного затенения



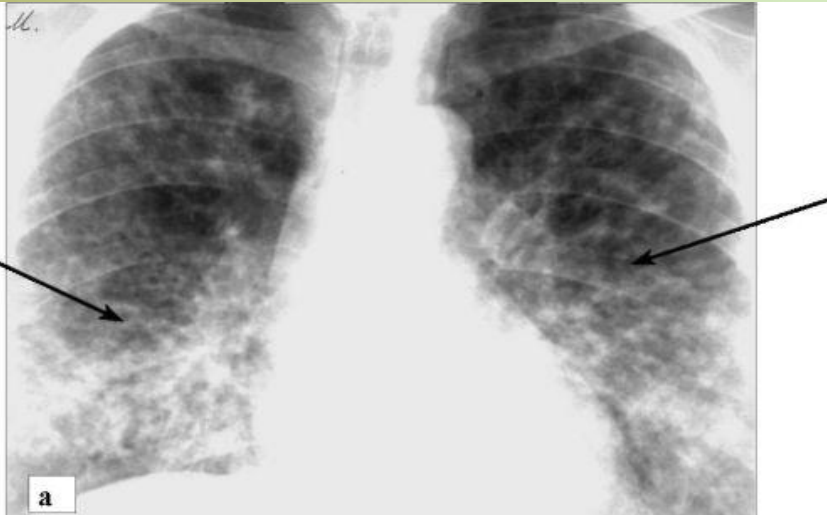
Ограниченное затенение могут давать как изменения в легких, так и внелегочные процессы. Приступая к расшифровке этого синдрома, прежде всего необходимо установить анатомическую локализацию патологического процесса: грудная стенка, диафрагма, средостение, легкие. В большинстве случаев этого можно достигнуть самым простым путем - с помощью многопроекционного рентгенологического исследования.

Синдром очаговых теней



Ошақты көлеңкелердің өлшемі 0,1 см –ден 1,0 см. Патологиялық ошақтар әртүрлі нозологиялық формаларға тән. Пайда болуына байланысты қабынулы және ісіктік генезді, қанқұйылулармен, ісініулермен, ателектазбен байланысты болуы мүмкін. Рентгенологиялық тәжірибеден – өкпе паренхимасының структурасын өзгертіп, өкпедегі ошақтар қабыну ауруларында кездесетіндігін дәлелдейді.

Синдром диссеминации очагов

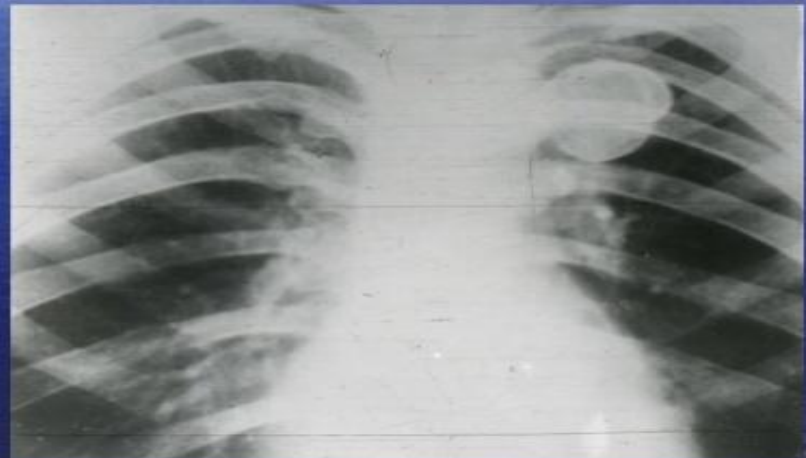
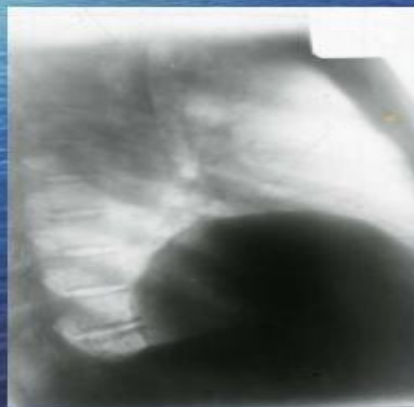
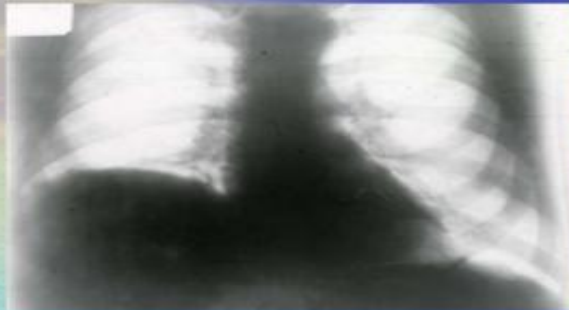


Дөңгеленіп келген, немесе дұрыс емес формалы өлшемі 12мм-ге дейінгі көлеңкелер. Бір жерде орналасқан бірнеше ошақтар, ошақ топтарын көрсетеді. Ограниченные диссеминации - это определяемые на рентгенограмме множественные очаги, локализующиеся в пределах не более двух сегментов. Наиболее часто этим синдромом отображаются очаговый туберкулез, периферический рак, метастазы, дольковые ателектазы, аспирационные пневмонии



Диаметрі 10 мм-ге дейінгі өкпедегі – дөңгелек көлеңке. Дөңгелек көлеңке синдромын туберкулез, жедел, созылмалы және қабыну аурулары кезінде, ісіктік процесстер болғанда анықталады.

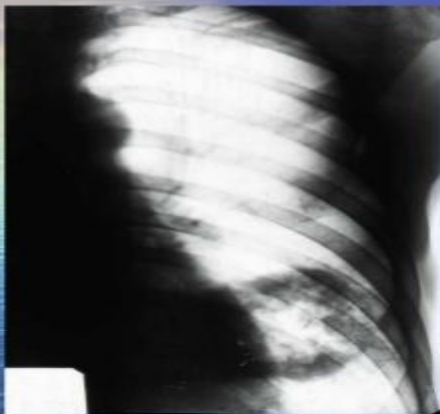
Синдром круглой тени



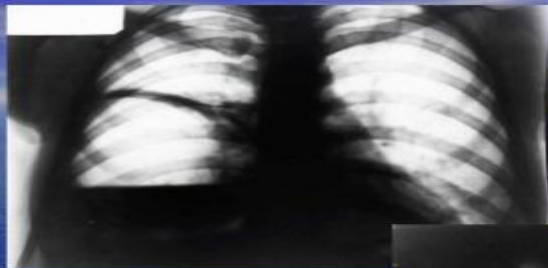
Эхинококк лёгкого

Бөліктік және сегменттік көлеңкеленулерде кездеседі (абсцедирующая пневмония, созылмалы спецификалық емес пневмония, цирротический и инфильтративті туберкулез), айқын емес анатомиялық шекарасы бар қараюы, (туберкулома с распадом, периферический рак с распадом, круглые фокусы хронической пневмонии, абсцесс, эхинококк с распадом и др.), диссеминацияларда (гематогенно-диссеминированный туберкулез, пневмококкозы), кең таралған процесстерде (саркоидоз) .

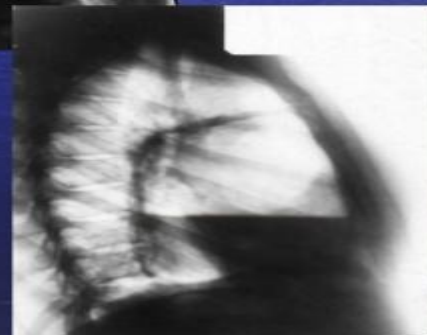
Синдром кольцевидной тени



Распавшийся периферический рак



Осумкованный гидропневмоторакс

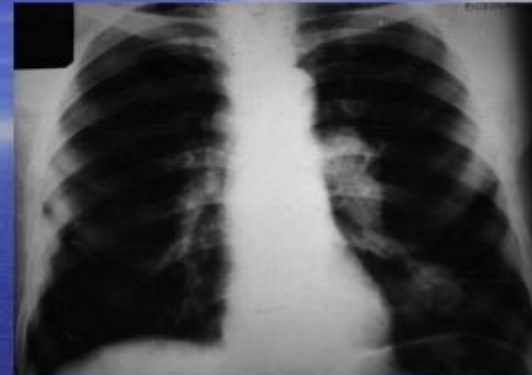


Өкпе түбірі патологиясының симптомдарына көлеңкесінің үлкеюі, деформациясы, интенсивтілігінің жоғарлауы және құрылымының бұзылуы. Дистопия — өкпе түбірі патологиясының жанама симптомы, өкпе түбiрiнде өзгеріс болғанда байқалады (мысалы, центральный рак, сопровождающийся ателектазом доли), және өзгеріс болмағанда (например, подтягивание корня в результате цирроза верхней доли).

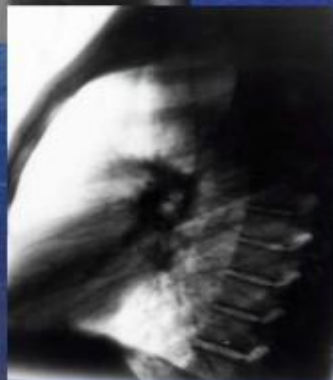
Синдром патологии корня



Центральный рак лёгкого



Метастазы в лимфоузлы корней



Кеңейген ағаруы 3 варианттан тұрады: екіжақты тотальды, біржақты тотальное, біржақты субтотальды.

- екіжақты тотальды ағаруын - көбіне өкпе эмфиземасы және кейбір жүрек ақаулары бар адамдарда кішіқанайналым жүйесінің гиповолемиясы (тетрада Фалло, изолированный стеноз легочной артерии).
- біржақты тотальное – бронх өткізгіштігінің клапанды бұзылысы, ателектаз кезінде бір өкпенің компенсаторлы гиперпневматозы, тромбоэмболия и агенезия одной из главных ветвей легочной артерии.
- біржақты субтотальды наблюдается при клапанном нарушении проходимости долевого бронха в связи с его частичной механической обтурацией опухолью или инородным телом; при компенсаторном гиперпневматозе части легкого вследствие ателектаза или удаления другой доли того же легкого; при тромбоэмболии долевого ветви легочной артерии; при врожденной лобарной эмфиземе.

