

АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра радиологии.

Презентация на тему:

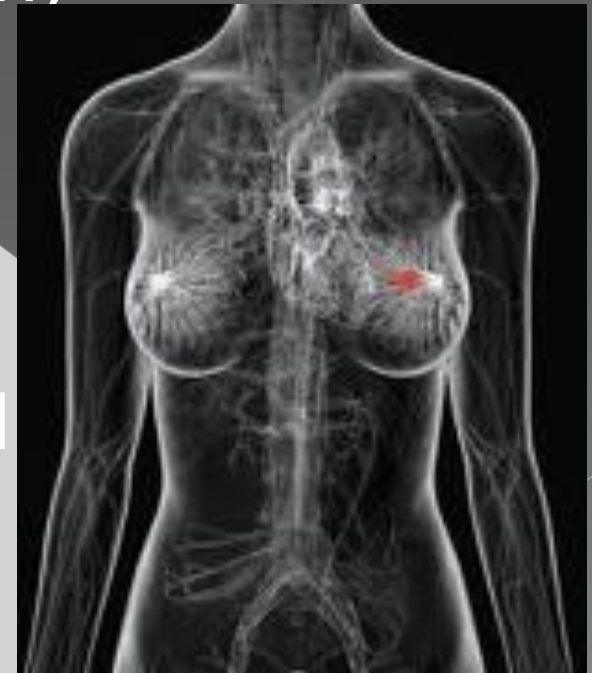
«Повышенная воздушность Лёгких»

Выполнила: Калиакпарова С
343 гр. Ом
Проверил: Букина Ж.Ж

Астана-2010 год

1. Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- ⦿ a) Рентгеноскопия;
- ⦿ b) Рентгенография;
- ⦿ c) Томография;
- ⦿ d) Бронхография;
- ⦿ e) Флюорография



2. Эндоскопическое исследование:

- ⦿ а) Бронхоскопия;
- ⦿ б) Торакоскопия.



3. Методы функциональной диагностики:

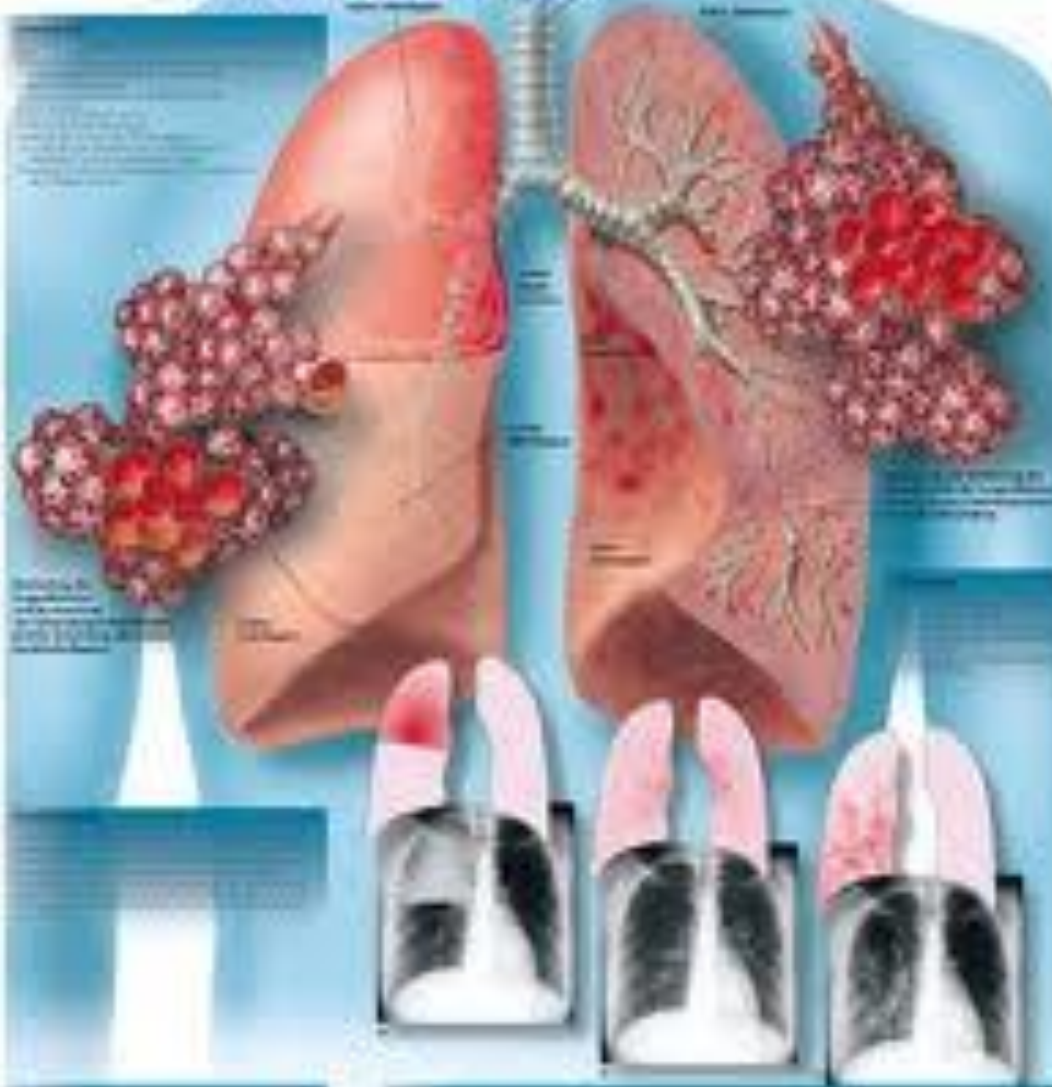
- ⦿ a) Легочная вентиляция;
- ⦿ b) Плевральная пункция.

4. Исследование мокроты.

- Мокрота — патологическое отделяемое органов дыхания, выбрасываемое при кашле и отхаркивании (нормальный секрет бронхов настолько незначителен, что устраняется без отхаркивания). В состав мокроты могут входить слизь, серозная жидкость, клетки крови и дыхательных путей, элементы распада тканей, кристаллы, микроорганизмы, простейшие, гельминты и их яйца (редко). Исследование мокроты помогает установить характер патологического процесса в органах дыхания, а в ряде случаев определить его этиологию.

ЭФИЗЕМА

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас





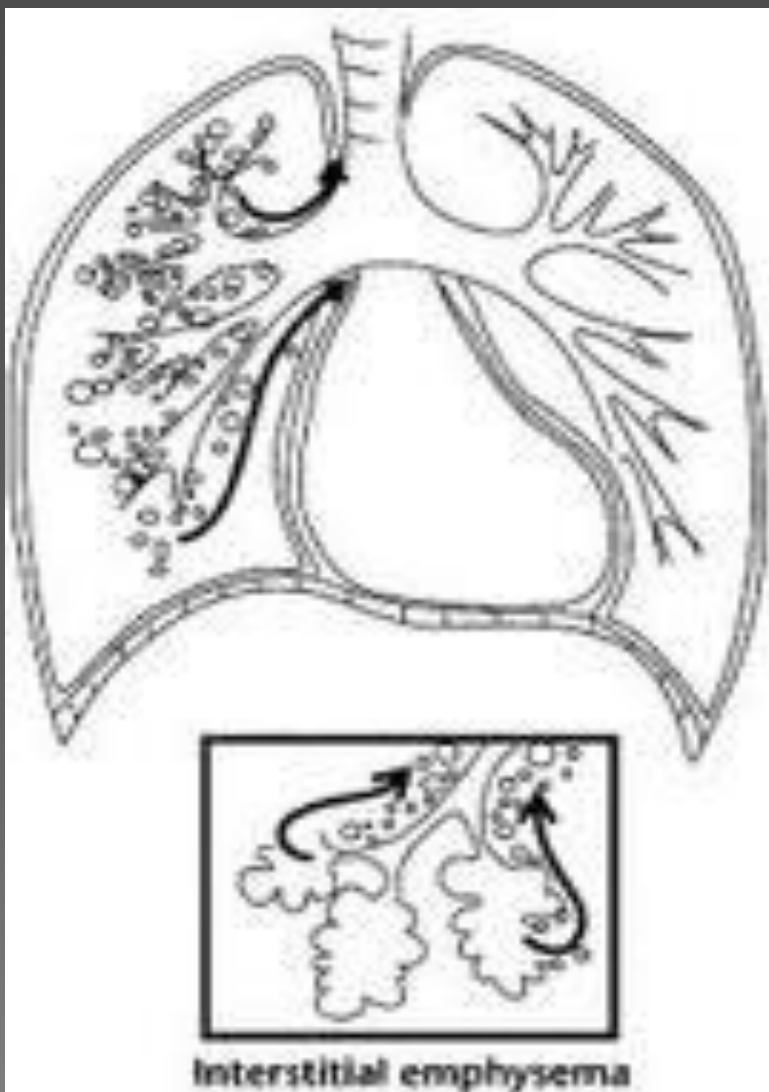
Вторичная эмфизема

- Хроническая эмфизема легких - обычно возникает у больных с обструктивными заболеваниями (хронический бронхит, бронхиальная астма), у лиц, играющих на духовых музыкальных инструментах, у стеклодувов, в пожилом возрасте, когда альвеолы закономерно теряют эластичность. При хронической эмфиземе вследствие истончения на почве перерастяжения, альвеолярные перегородки могут разрушаться, образуя крупные пузыри (буллезная эмфизема).



Порочный круг ИЛЭ





ИНТЕСТИЦИОНАЛЬНАЯ
ЭМФИЗЕМА



Диффузный
пневмосклероз и
эмфизема
(макропрепарат)



Врождённая лобарная
эмфизема

Эмфизема легких - это состояние их повышенной воздушности за счет уменьшения эластичности легочной ткани и перерастяжения альвеол.

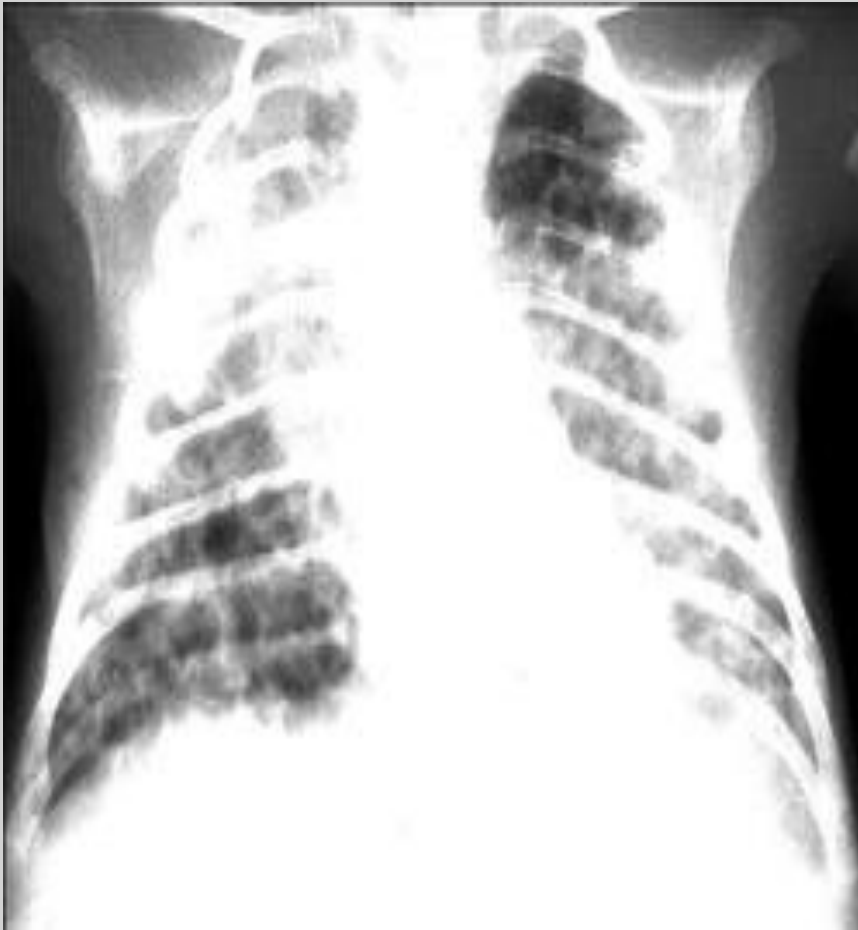
Различают острое и хроническое вздутие (эмфизему) легких..

- Острая эмфизема - возникает при внезапном нарушении проходимости бронхов (приступ бронхоспазма). При этом происходит частичная их обтурация, увеличивается сопротивление току воздуха, особенно во время выдоха, повышается внутриальвеолярное давление, что и приводит к резкому расширению альвеол. Острая эмфизема проходит после устранения ее причины и не приводит к анатомическим изменениям.

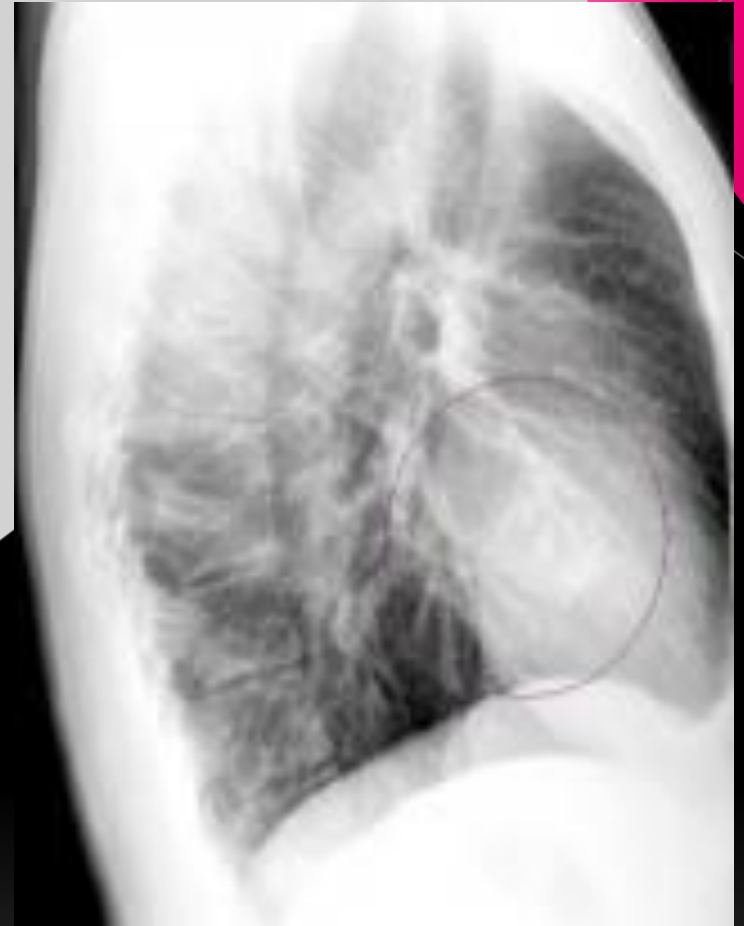
5. Основные клинические синдромы при заболеваниях легких:

- a) Синдром жидкости в плевральной полости;
- b) Синдром плевральных шварт;
- c) Синдром воздуха в полости плевры;
- d) Синдром воспалительного уплотнения легочной ткани;
- e) Синдром полости в легком;
- f) Синдром обтурационного ателектаза;
- g) Синдром компрессионного ателектаза;
- h) Синдром увеличения воздушности легких (эмфизема легких);
- i) Синдром бронхоспазма;
- j) Синдром острого бронхита.

Рентгенография применяется с целью регистрации и документации обнаруженных при рентгеноскопии изменений в органах дыхания на рентгеновской пленке. При патологических процессах в легких, приводящих к потере воздушности и уплотнению легочной ткани (пневмония, инфаркт легкого, туберкулез и др.), соответствующие участки легких на негативной пленке имеют более бледное изображение по сравнению с нормальной легочной тканью. Полость в легком, содержащая воздух и окруженная воспалительным валиком, на негативной рентгеновской пленке имеет вид темного пятна овальной формы, окруженного более бледной тенью, чем тень легочной ткани.



Прямая
проекция



Боковая
проекция

Бронхоскопия применяется для осмотра слизистой оболочки трахеи и бронхов первого, второго и третьего порядка. Она производится специальным прибором — бронхоскопом, к которому прилагаются специальные щипцы для биопсии, извлечения инородных тел, удаления полипов, фото приставка и т.д. Перед введением бронхоскопа проводят анестезию 1—3% раствором дикаина слизистой оболочки верхних дыхательных путей.



Бронхография



Сужение
бронха

Торакоскопия производится специальным прибором — торакоскопом, который состоит из полой металлической трубки и специального оптического прибора с электрической лампочкой. Она применяется для осмотра висцерального и париетального листков плевры, взятия биопсии, разъединения плевральных спаек и проведения ряда других лечебных процедур.

Синдром воздуха в полости плевры

- В силу различных причин в полости плевры может оказаться воздух: например, при прорыве в нее субплеврально расположенных каверны или абсцесса. В этом случае создавшееся сообщение бронха с плевральной полостью приводит к накоплению в последней воздуха, сдавливающего легкое. В этой ситуации повышенное давление в плевральной полости может привести к закрытию отверстия в плевре кусочками поврежденной ткани, прекращению поступления воздуха в плевральную полость и формированию закрытого пневмоторакса. Если сообщение бронха с полостью плевры не ликвидируется, пневмоторакс носит название открытого.

В обоих случаях основными жалобами являются резко развивающиеся удушье и боли в грудной клетке. При осмотре определяется выпячивание пораженной половины грудной клетки, ослабление участия ее в акте дыхания. Голосовое дрожание и бронхофония при закрытом пневмотораксе ослаблены или отсутствуют, при открытом — усилены. При перкуссии в обоих случаях определяется тимпанит. Аускультативно при закрытом пневмотораксе дыхание резко ослаблено или отсутствует, при открытом — дыхание бронхиальное. В последнем случае может выслушиваться разновидность бронхиального дыхания — металлическое дыхание.

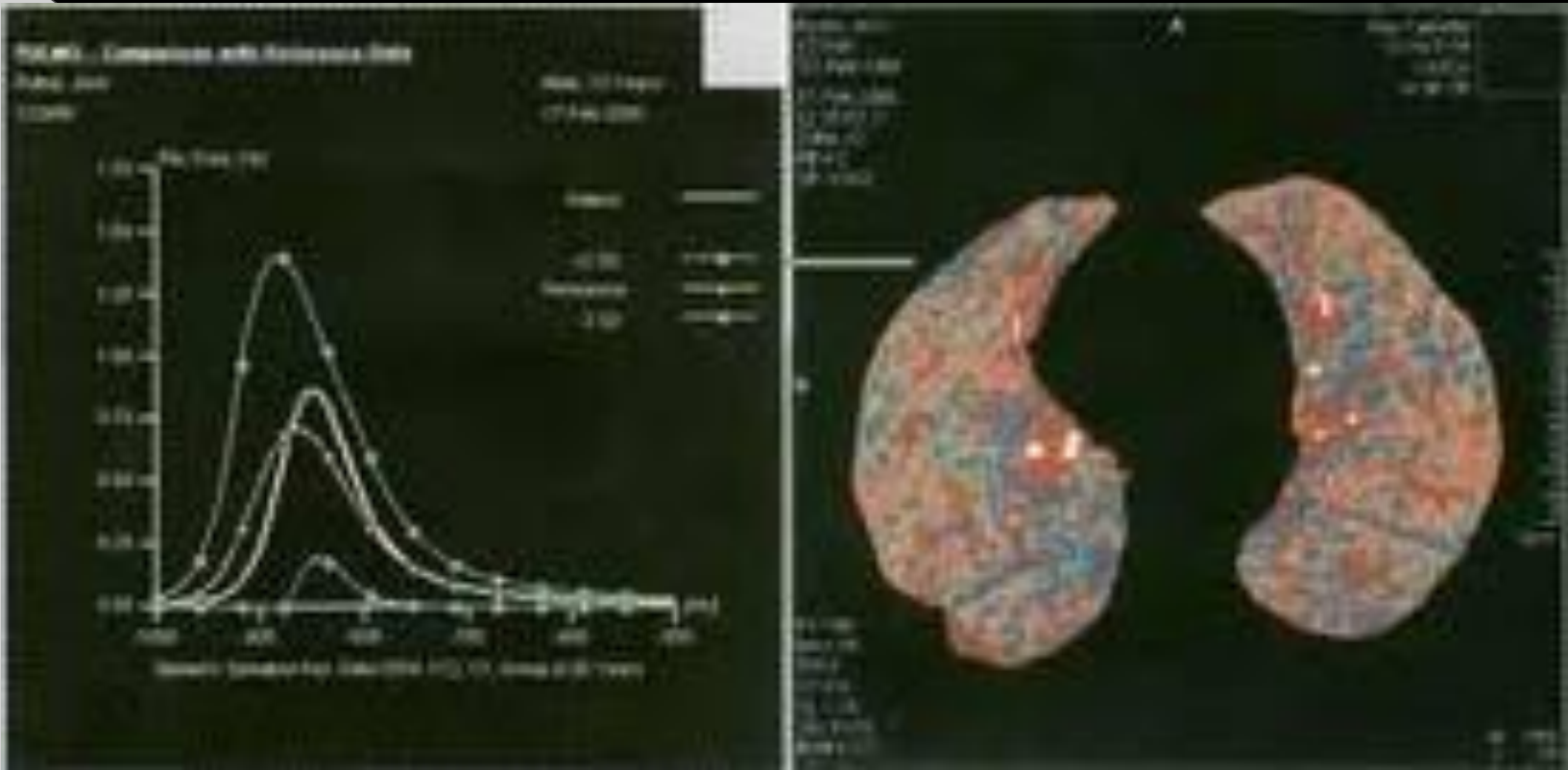


Рисунок 3. ВРКТ-срез верхних зон обеих легких. Большой ИФА, отделен сформированного «сотового легкого». Расширяющиеся к периферии просветы бронхов с неравномерно утолщенными стенками – трабекулярные бронхоэктазы (1). Воздушные кисты, расположенные субплеврально (2)

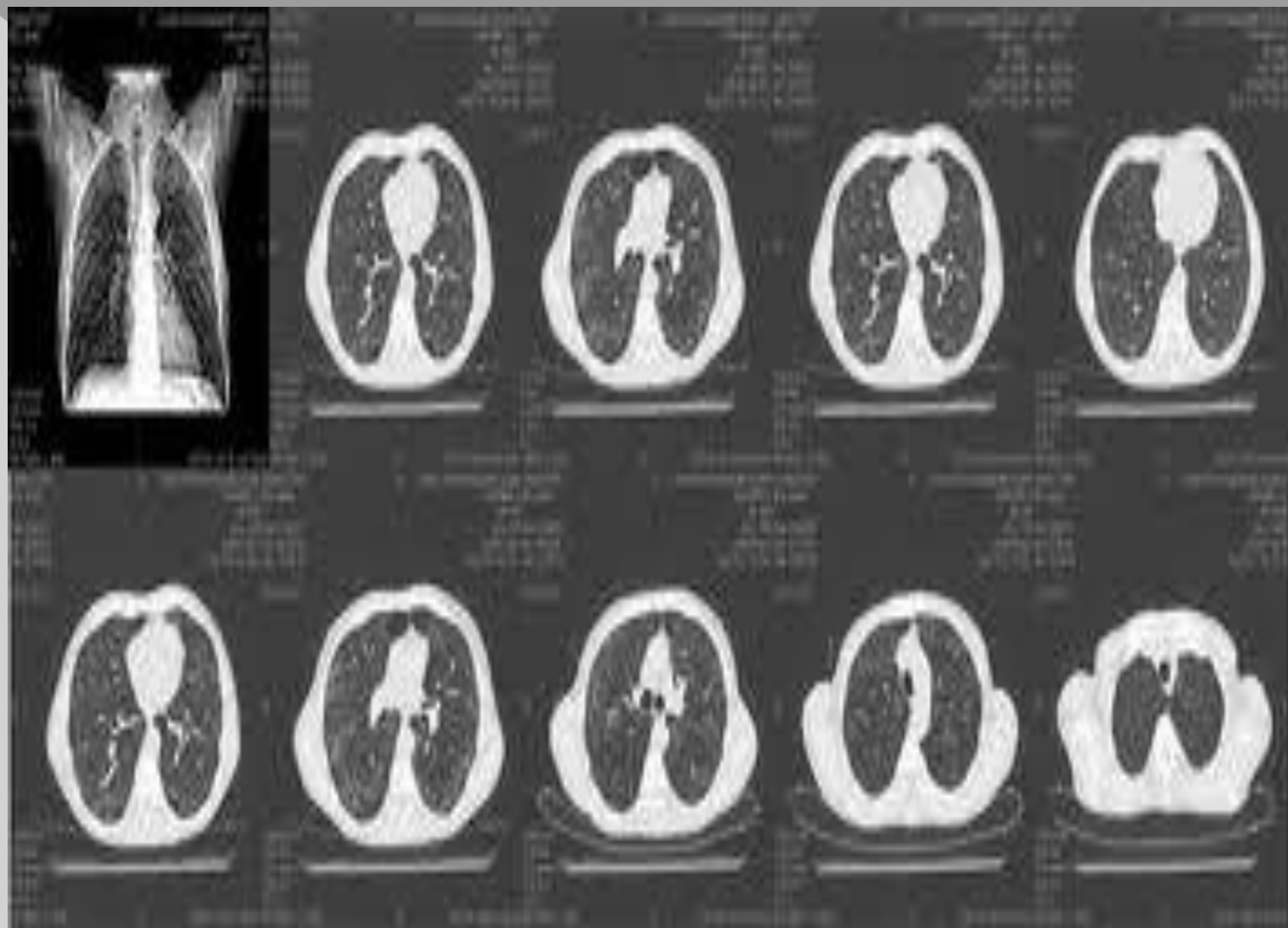


Рисунок 4. ВРКТ-срез у большого СОБ. Видны субплевральные консолидации, четко определяется полн-дисковая стена - и ретикулярные паттерны

MPT



Компьютерная томография



Литература:

1. Никитин А.В., Гусманов В.А. Непосредственное исследование больного с основами синдромной диагностики: Учеб. Пособие – Воронеж: Издательство Воронежского университета, 1995. – 208 с.
2. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней: /Учебник/ - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.