

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/92988>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

Содержание

Введение 3

Глава 1. Методы рентгенологических исследований легких 5

1.1. Виды лучевых исследований легких 5

1.2. Анализ обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции 8

Глава 2. Рентгенологические синдромы при заболеваниях и повреждениях легких 15

2.1. Основные рентгенологические симптомы заболеваний и повреждений легких 15

2.2. Лучевые признаки острых воспалительных процессов в легких 22

2.3. Лучевые признаки травматических повреждений легких 25

2.4. Лучевые признаки опухолей легких 26

Заключение 29

Список литературы 30

Приложение 32

Глава 2. Рентгенологические синдромы при заболеваниях и повреждениях легких

2.1. Основные рентгенологические симптомы заболеваний и повреждений легких

При легочной патологии выделяют девять основных рентгенологических синдромов:

- 1) тотальное или субтотальное затемнение легочного поля;
- 2) ограниченное затемнение легочного поля;
- 3) круглая тень в легочном поле;
- 4) очаги и ограниченные диссеминаты;
- 5) диффузная диссеминация;
- 6) патология легочного рисунка;
- 7) патология бронхиальных лимфатических узлов и корня легкого;
- 8) ограниченное просветление;
- 9) обширное просветление легочного поля.

Для полной характеристики тени на рентгенограмме необходимо знать следующие признаки тени:

- 1) положение тени;
- 2) число теней;
- 3) форма теней;
- 4) размеры теней;
- 5) интенсивность теней;
- 6) рисунок тени (структура);
- 7) контуры тени;
- 8) смещаемость тени.

Первые семь признаков оцениваются по рентгенограммам, а восьмой (смещаемость) – преимущественно при просвечивании.

Многочисленными патологическими процессами в легких вызываются изменения их прозрачности.

Тотальное или субтотальное затемнение легочного поля возникает в случаях роста узла опухоли, инфильтрации легочной ткани, безвоздушности участков легкого, скопления жидкости, ателектаза легкого, пневмонии всего легкого, тотального экссудативного плеврита, цирроза легкого, диафрагмальной грыжи.

Смещение средостения в сторону, противоположную затемнению, возможно при выраженном патологическом процессе в плевральной полости. Если тень однородна, то имеется скопление жидкости в плевральной полости, если неоднородна, то можно говорить о диафрагмальной грыже. При смещении средостения в сторону поражения возможны ателектаз, пневмосклероз, состояние после пневмонэктомии. При пневмосклерозе неоднородная, при ателектазе она однородная. При пневмонии не происходит смещения средостения. Ограниченное затемнение в легком соответствует поражению одного или

нескольких сегментов, доли легкого, диафрагмальной грыже, экссудативному и осумкованному плевриту, опухоли средостения.

Очаговые тени представлены тенями размером до 1 см. Различают мелкие очаги (до 0,3 см в диаметре), средние (до 0,3-0,5 см), крупные (0,5-1 см в диаметре).

В основе очага в легком лежит поражение ацинуса (мелкие очаги - милиарные) или дольки (крупные очаги). Очаговые тени часто могут быть множественными (гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, острая пневмония, пневмокониоз, метастазы злокачественных опухолей и т.д.).

Могут встречаться тени неправильной формы и геометрически правильной формы (кольцевидные, круглые, треугольные, линейные). При исследовании в прямой и боковой проекциях шаровидные образования в легких характеризует тень круглой формы. Среди заболеваний, дающих круглую тень, выделяют туберкулезный инфильтрат, периферический рак, метастазы злокачественных опухолей, туберкулому, эхинококк, доброкачественные опухоли, опухоль средостения, отодвигающую медиастинальную плевру, и др.

В легком кольцевидная тень соответствует полости в легком, которая содержит воздух. При многоосевой рентгеноскопии на рентгенограммах в прямой и боковой проекциях определяется замкнутое кольцо. Тень такой формы может быть связана с наличием туберкулезной каверны, распадающейся раковой опухоли, опорожнившихся абсцессов, воздушных кист, кистозных бронхоэктазов.

Сегментарные ателектазы, медиастинальные плевриты, пневмонии, инфаркт легкого дают тени треугольной формы. При хронических воспалительных заболеваниях вследствие разрастания соединительной ткани, при утолщении плевры, при некоторых типах застоя в легких могут возникать линейные тени в легких.

В дифференциальном диагнозе характеризующихся симптомом затемнения заболеваний легких имеют значение структура тени, ее интенсивность, состояние контуров.

По структуре тени бывают однородными (гомогенные, бесструктурные) и неоднородными. Ателектаз, эхинококковая киста, долевая пневмония в стадии опеченения, экссудативный плеврит дают гомогенную тень. Опухоли легких, абсцедирующие пневмонии, бронхопневмонии, хронические пневмонии дают неоднородные тени.

Интенсивность тени определяется величиной патологического процесса в легком и патоморфологическим субстратом. Тень считается интенсивной, если на ее фоне не дифференцируются тени ребер и легочный рисунок. Тени малой интенсивности характеризуют на их фоне наличием легочного рисунка. Тень средней интенсивности лишена легочного рисунка, дифференцируются тени ребер.

В легком контуры тени чаще всего бывают нерезкими, размытыми, постепенно переходят в нормальную легочную ткань, что можно видеть при острых воспалительных процессах. Нагноившаяся воздушная киста, эхинококковая киста, воспалительный процесс в пределах одной доли, тень которого четко отграничена междолевой щелью, имеют четкий гладкий контур. Такой же контур дают периферический рак легкого, туберкулома.

Повышение прозрачности легкого может обнаруживаться при целом ряде заболеваний. Оно может быть диффузное, двустороннее, одностороннее или локальное.

Синдром ограниченного просветления – это локальное повышение прозрачности легочных полей кольцевидной или неправильной формы. Этот синдром может быть обусловлен абсцессами, эмфизематозными буллами, полостной формой периферического рака, деструктивными формами туберкулеза легких. Этим синдромом проявляются внелегочные заболевания, такие как пневмоторакс, диафрагмальная грыжа. Локальный симптом просветления дает воздушная киста.

Полости в легких, содержащие воздух (распадающийся периферический рак, опорожнившийся абсцесс, туберкулезная каверна, кистозные бронхоэктазы, воздух в плевральной полости), дают локальное просветление.

Просветления характеризуются по той же схеме и последовательности, что и затемнения.

Для топической диагностики важна характеристика по положению полости (полость находится вне или внутри легкого) и для дифференциальной диагностики это также важно.

Одиночные полости характерны для хронического абсцесса легких, распадающегося рака. Множественные полости можно видеть при бронхоэктазах, кавернозном туберкулезе.

По форме полости могут быть правильной, округлой формы при сформировавшейся туберкулезной каверне и неправильной – при абсцессе, бронхоэктазах.

Полости принято делить полости на мелкие (до 1,5 см), средние (1,5-5 см), крупные (до 8 см) и гигантские (свыше 8 см).

Рисунок (структура) полости характеризует состояние стенок, содержимого полости и окружающей ткани. Воздушные полости могут быть без жидкого содержимого и с жидкостью. Если в полости имеется жидкость, будет определяться ее горизонтальный уровень, над которым располагается воздух. Такая картина, как правило, встречается при сформировавшемся абсцессе легкого.

Очень редко кроме жидкости при туберкулезе, абсцессе и распадающемся раке в полости может определяться кусочек некротизированной и оторвавшейся от основной массы легочной ткани – секвестр. Как правило, воздушные полости без жидкости, бывают при кистозном легком; при туберкулезе в кавернах также почти нет жидкости.

Стенки полостного образования могут иметь вид тонкостенных капсул, выраженного воспалительного вала, фиброзных, четко очерченных колец. Тонкостенная и четко очерченная по внутреннему и наружному контуру полость характерна для кистозного процесса в легком без признаков воспалительной инфильтрации. О фиброзных изменениях ее, что характерно для фиброзно-кавернозного туберкулеза свидетельствует стенка полости в виде очерченного кольца с более или менее широким ободком. Воспалительный грануляционный вал вокруг полости является показателем инфильтративных изменений легочной ткани. При распадающемся раке окружающий вал образован как тканями сохранившейся опухоли, так и воспалительной перифокальной реакцией, при абсцессе грануляционный вал обусловлен одним воспалительным явлением.

Наружные контуры полости могут быть четко очерчены, что свидетельствует об отсутствии воспалительной инфильтрации. При наличии воспаления контуры полости становятся нечеткими, с тенденцией к постепенному переходу в здоровую легочную ткань. Это характерно для формирующихся, развивающихся полостей различного происхождения. При сформировавшейся полости внутренние и наружные контуры ее становятся ровными и четко очерченными.

Список литературы

1. Алешкевич, А.И. Лучевая диагностика и лучевая терапия / А.И. Алешкевич. - М.: Новое знание, 2017. - 382 с.
2. Амосов, В.И. Лучевая диагностика интерстициальных заболеваний легких / В.И. Амосов, А.А. Сперанская. - СПб.: Элби, 2015. - 176 с.
3. Власов, П.С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / П.С. Власов. - М.: Видар-М, 2008. - 376 с.
4. Галански, М. Лучевая диагностика. Грудная клетка / М. Галански. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 384 с.
5. Дерби М. Клиническая интерпретация рентгенограммы легких. 216 стр. «ГЭОТАР-Медиа» 2017.
6. Дунаев, А.П. Лучевая диагностика острых деструктивных воспалительных процессов в легких / А.П. Дунаев. - М.: Видар-М, 2016. - 104 с.
7. Дунаева А.П., Шейх Ж.В. Лучевая диагностика острых и деструктивных воспалительных процессов в легких. 104 стр. «Видар - М» 2016.
8. Корн Дж., Пойтон К. Рентгенография грудной клетки. 176 стр. «Бином» 2015.
9. Королук, И.П. Лучевая диагностика: Учебник / И.П. Королук. - М.: Бином, 2015. - 496 с.
10. Ланге С. Уолш Дж. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки. 412 стр. «ГЭОТАР-Медиа» 2015.
11. Миллер Т.Б., Райф Э. Рентгенологическое исследование при абсцессе легкого. Етодические рекомендации для интернов, клинических ординаторов, врачей-рентгенологов. 256 стр. «СпецЛит» 2016.
12. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений органов грудной полости Атлас / Г.Е. Труфанов. - СПб.: Элби, 2008. - 365 с.
13. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика инфекционных заболеваний легких Конспект лучевого диагноста / Г.Е. Труфанов. - СПб.: Элби, 2011. - 128 с.
14. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика опухолей легких, средостения и плевры Конспект лучевого диагноста / Г.Е. Труфанов. - СПб.: Элби, 2011. - 224 с.
15. Штаатц, Г. Лучевая диагностика. Детские болезни / Г. Штаатц. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 400 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/92988>