

Санкт-Петербургский государственный университет
Медицинский факультет
Кафедра патологии (зав. каф. – А.П. Чурилов)



Строев Ю. И.



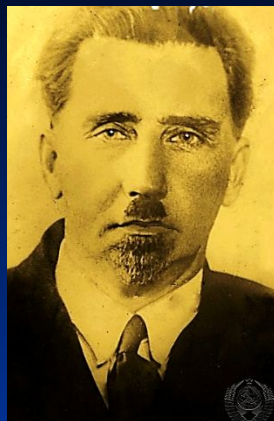
Цинзерлинг В.А.

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ



**Юрий Дмитриевич
Цинзерлинг
(1894—1939).**

**Русский советский ботаник-
систематик, геоботаник,
исследователь флоры Арктики.
Младший брат патологоанатома
Всеволода Дмитриевича
Цинзерлинга.
Арестован в июле 1938 года,
погиб в ноябре 1939 года,
обстоятельства гибели
неизвестны.
Реабилитирован
в январе 1957 года**



**Всеволод Дмитриевич
Цинзерлинг
(1891 —1960)
Патоморфолог.**

**Член-корреспондент АМН СССР.
Доктор медицинских наук.
Профессор Института
экспериментальной медицины РАМН.
Получил два высших образование в
Юрьевском университете (Тарту) и в
Военно-медицинской академии СПб.
Начинал работать в 1-м ЛМИ у
профессора Г. В. Шора, затем у
академика Н. Н. Аничкова в Институте
экспериментальной медицины.
Главный патологоанатом
Ленинградского фронта в 1941-1945 гг.**



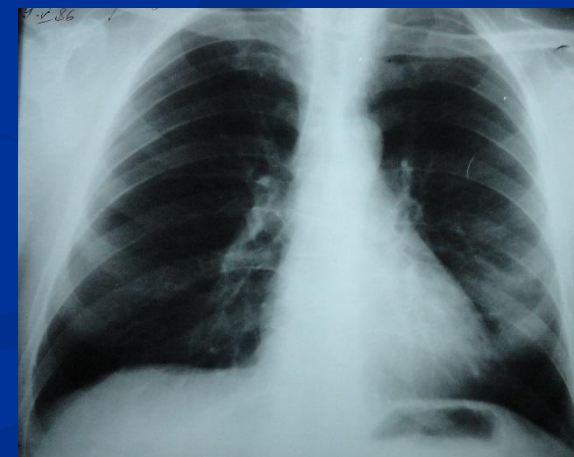
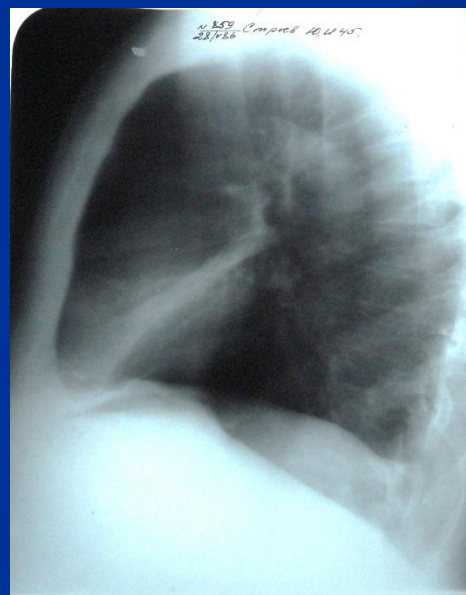
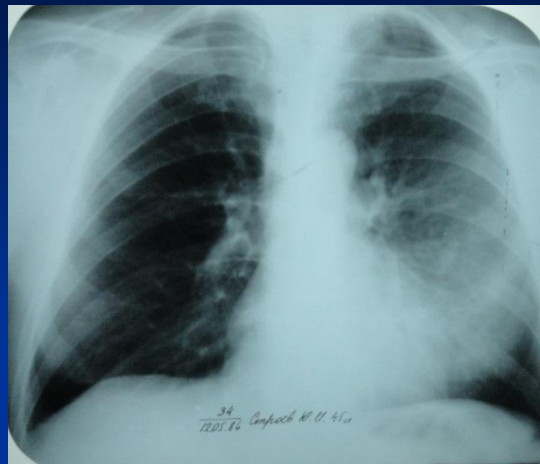
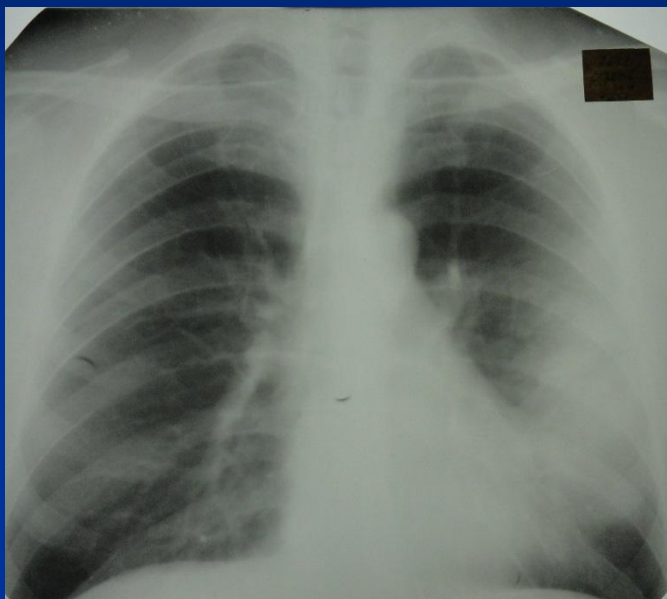
**Алекесандр Всеволодович
Цинзерлинг
(1923 —1995).**

**Выдающийся отечественный
патологоанатом.
Член-корреспондент РАМН.
Доктор медицинских наук.
Профессор.
Заведующий кафедрой
патологической анатомии
СПбГПМА (1965—1992).
Декан факультета
повышения квалификации
СПбГПМА**



Рентгенологические синдромы в легких и средостении

Пациент СТ-ев, 45 лет,
май 1986 г.



МЗ СССР. ВНИИ ПУЛЬМОНОЛОГИИ.

Выписка из истории болезни № IIII8I

Гр. Строев Юрий Иванович находился на стационарном лечении во ВНИИ Пульмонологии МЗ СССР с 7 мая по 3 июня 1986 г.

Клинический диагноз: Острая очаговая пневмония верхней доли левого легкого /основания С₃, С₄, С₅/ вирусно-бактериальная. ЛН П.

Данные обследования: 6/У на р-граммах грудной клетки определяется инфильтративное затемнение в основании верхней доли, преимущественно язычковом сегменте и С₃. Реакция междолевой плевры. Объем верхней доли левого легкого не уменьшен.

19/У - на контр.рентгенограммах грудной клетки в сравнении с 6/У и 12/У определяется хорошая обратная динамика: инфильтрации в верхней доле левого легкого нет. В проекции язычковых сегментов - тягистость легочного рисунка-дистелектазы /обратная динамика острой пневмонии/. Корень не расширен.

2/У1 -при анализе серии р-грамм и томограмм легкого слева имеет место картина острой пневмонии верхней доли левого легкого с почти полной обратной динамикой / д.м.н. В.А.Картавова/.

8/У- ЭКГ: синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

12/У- в посеве мокроты - зеленящий стрептококк 1×10^{11}

8/У ан, мочи- 1023 ,белок 0,066%, Л-0-1 в п/зр, Эр- неизмененные, негусто покрывают поля зрения.

12/У мочи- 1024, белка нет, Л - 0-1, Э-нет.

8/У- Гем.119г/л, Л-6,7 $\times 10^9$, П-9, С-65, Л-12, М-14, СОЭ 51 мм/час.

28/У- Гем 133г/л, Л-4,1 $\times 10^9$, П-2, С-46, Л-44, М-8, СОЭ-14 мм/час.

8/У: Об белок - 59,5 г/л, альб.-50,8, глоб.-49,2, а₁-7,6%, а₂-15,2%, бета - 12,9%, гамма- 13,5%. СРБ +, сиаловые к-ты - 185 ед., протромбин - 91%. сверт. - 3-3,5 мин.

30/У - Бронхофиброскопия- двусторонний диффузный умеренно выраженный катаральный эндобронхит, васкуляризация вокруг ВДБ слева.

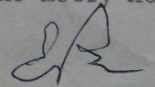

Лечение: ампиокс 2,0 в сутки до 14/У, кетацеф 750 мг 3 раза/день в/в 10 дней, гидрокортизон 50 мг в/м 7дн. Хлористый кальций в/в, аскорб.к-та в/в, иммунный гамма-глобулин 3 дозы, эссенциале 5,0 в/в № 10, аутогемотерапия, жаропонижающие внутримышечно, муколитин, отхарк. м-ра, электрофорез с гепарином № 10, массаж гр. клетки, дыхательная гимнастика. .

Изменения в верхней доле левого легкого почти полностью регрессировали/ динамика обычная для о.пневмонии/

Рекомендуем: Режим реабилитации в амбулаторных условиях на 12-14 дней / прием поливитаминов, препаратов кальция, продолжить дыхательную гимнастику/.

Рентгеновский контроль через 6 месяцев во ВНИИПе.

Справка выдана для предъявления по месту лечения,

Зав. отделением  Е.А.Раков
Лечащий врач  подпись.

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ



Рентген
Вильгельм Конрад
(1845-1923)

Вильгельм Конрад Рентген — крупнейший немецкий физик-экспериментатор.

Открыл (1895) рентгеновские лучи, исследовал их свойства. Труды по пьезо- и пироэлектрическим свойствам кристаллов, магнетизму.

Член Берлинской академии наук.

Первый лауреат Нобелевской премии по физике.

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ



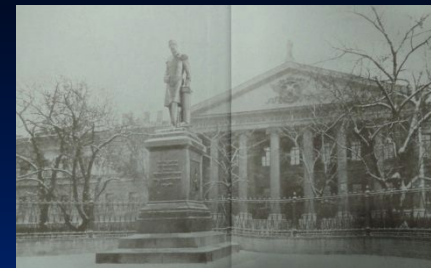
**Петр Георгиевич
Ольденбургский**

(1812 — 1881)

Летальность за период с 1884 по 1903 по отдельным диагнозам (в %)

Диагноз*	Средние показатели летальности за десятилетие	Колебания средних показателей в течение десятилетия
Брюшной тиф	9,6	от 12,0 до 5,4
Пиемия, септицемия	32,6	от 92,3 до 65,0
Инфлюэнца	3,7	от 6,9 до 0,5
Крупозная пневмония	14,8	от 17,2 до 10,9
Туберкулез	47,7	от 88,6 до 39,4
Злокачественные новообразования	47,9	от 52,2 до 40,9
Болезни органов кровообращения и кровотока	23,9	от 24,9 до 15,5
Тифлит и перитифлит (аппендицит)	10,9	от 20,4 до 2,1
Воспаление почек острое и хроническое	17,1	от 24,4 до 11,3

* Диагнозы даны так, как указывалось в отчетных материалах Мариинской больницы.



В 1900 г., спустя 5 лет после открытия рентгеновских лучей, Мариинская больница смогла приобрести необходимую аппаратуру и организовать рентгеновский кабинет. Руководить работой кабинета был назначен старший врач П.В.Рыбалкин.

Принцу П.Г. Ольденбургскому был даже поставлен памятник-бюст у главного входа в больницу. При советской власти скульптуру сняли, и совершенно незаслуженно: вклад Ольденбургского в историю Мариинской больницы был действительно неоценимым. Именно по его инициативе при больнице заработали трехгодичные курсы медсестер; именно он снабжал учреждение лекарствами, носилками, креслами - на собственные деньги; и именно он лично сконструировал гидростатическую кровать с резиновым матрасом кровать для лежащих больных - она предотвращала появление пролежней.

После обсуждения стоимость снимков была установлена в следующих размерах³:

- рука, локоть, стопа — 3 руб. (пластинка 13×18);
- плечо, голень, бедро, коленный сустав — 5 руб. (пластинка 18×24);
- тазобедренный сустав — 8 руб. (пластинка 24×30);
- грудная клетка — 10 руб. (пластинка 30×40);
- желудок, кишечник, почки, таз и позвоночник — 15 руб. (пластинка 40×50)

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ

Принятый журнал № 480. Принял Врач: *Семинский*

МАРИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ БЪДНЫХЪ.
 № 26. *Семинский*. БОЛЬНИЦА: *Семинская*
 ОТДѢЛЕНИЕ: *№ 11*. пал. № *11*
 Г. ВРАЧИ, ПОЛЬЗОВАВШЕ БОЛЬНОЮ: *Семинский*

Имя, отчество и фамилия: *Михаилъ Васильевичъ Семинский*
 Звание: *врачъ*
 Лѣта: *30*
 Народность: *русскій*
 Родъ и мѣсто жительства: *Семинскаго уѣзда Рязань № 690*
 Гражданств. принадлежн.: *неграмотный*
 Адресъ: (часть, участокъ, улица, № дома и квартиры) *ул. Мясницкая № 131*
 Больничный сборъ уплаченъ: *да, нѣтъ*
 Условія квартиры: (деревянный или каменный домъ, этажъ, вода проведена?) *да, нѣтъ*
 Мѣсто рожденія: *Семинск. уѣздъ*
 Какъ давно въ Петербургъ? *въ 1875 г.*
 Холостъ, женатъ, вдовъ, дѣвица, замужна, вдова, въ раздѣлѣ
 Вѣроисповѣданіе: *православн.*
 Оспа принята? *да, нѣтъ*
 Время поступленія: *25 Октября въ 6 часовъ вѣч.*
 Время выхода: *28 Января*
 Исходъ болѣзни: *выздоровленіе*
 Число дней, проведенныхъ въ болѣзнь: *34*
 НАЗВАНІЕ БОЛѢЗНИ: *Пневмония острого характера*
 Осложненія:

ЭПИКРИЗЪ.
 Больной поступилъ въ больницу съ жалобами на кашель, слабость, лихорадку, головную боль, боли въ груди, затрудненіе дыханія. Температура тела 38,5, частота пульса 100, частота дыхания 20. При физикальномъ осмотрѣ обнаружены признаки острого воспаления легочной ткани. Лечение: постельный режимъ, покой, обильное питье, согревающие компрессы на грудь, ингаляции. Больной выздоровѣлъ черезъ 34 дня.

Имя больной	Явленія, которыми обнаружилась болѣзнь.	Присутствующія болѣзнь, органы или системы, частотное расположеніе къ болѣзни.
3 дня	Острый воспалительный процесс въ легкихъ, кашель со трудною отдѣлкой мокроты, жаръ, общее недомоганіе, головная боль, затрудненіе дыханія. Смерь наступила на 2-й день болезни.	В легкихъ воспалительный процессъ. Респираторная система, кашлевый рефлексъ.

Семинский
 № 131.
 Пневмония острого характера съ осложненіемъ плеврита sinistra. Пневмония et aedema pulvis. Pleuritis adhaesiva chronica totalis bilateralis. Peritonitis serosa acuta. Vegetatio parietalis muralis myocardii, hepatitis et tussis. Perimetritis, pericarditis et pericarditis adhaesiva chronica. Hyperplasia lenis acuta.

МАРИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ БЪДНЫХЪ.
 27. Декабря 1913. БОЛЬНИЦА: *Семинская*
 ОТДѢЛЕНИЕ: *№ 11*. пал. № *11*
 Г. ВРАЧИ, ПОЛЬЗОВАВШЕ БОЛЬНОЮ: *Семинский*

Имя, отчество и фамилия: *Евгений Павловичъ Семинский*
 Звание: *врачъ Коммунального хозяйства*
 Лѣта: *40*
 Народность: *русская*
 Родъ и мѣсто занятія: *при родныхъ*
 Граждн. принадлежн.: *неграмотный*
 Адресъ: (часть, участокъ, улица, № дома и квартиры) *ул. Мясницкая № 131*
 Больничный сборъ уплаченъ: *да, нѣтъ*
 Условія квартиры: (деревянный или каменный домъ, этажъ, вода проведена?) *да, нѣтъ*
 Мѣсто рожденія: *Семинск. уѣздъ*
 Какъ давно въ Петербургъ? *около 1875 г.*
 Холостъ, женатъ, вдовъ, дѣвица, замужна, вдова, въ раздѣлѣ
 Вѣроисповѣданіе: *православн.*
 Оспа принята? *да, нѣтъ*
 Время поступленія: *28 Декабря въ 5 часовъ вѣч.*
 Время выхода: *1 Января 1914*
 Исходъ болѣзни: *выздоровленіе*
 Число дней, проведенныхъ въ болѣзнь: *30*
 НАЗВАНІЕ БОЛѢЗНИ: *Пневмония острого характера*
 Осложненія: *плевритъ*

ЭПИКРИЗЪ.
 Больной поступилъ въ больницу съ жалобами на кашель, слабость, лихорадку, головную боль, боли въ груди, затрудненіе дыханія. Температура тела 38,5, частота пульса 100, частота дыхания 20. При физикальномъ осмотрѣ обнаружены признаки острого воспаления легочной ткани. Лечение: постельный режимъ, покой, обильное питье, согревающие компрессы на грудь, ингаляции. Больной выздоровѣлъ черезъ 30 дней.

Имя больной	Явленія, которыми обнаружилась болѣзнь.	Присутствующія болѣзнь, органы или системы, частотное расположеніе къ болѣзни.
3 дня	Острый воспалительный процесс въ легкихъ, кашель со трудною отдѣлкой мокроты, жаръ, общее недомоганіе, головная боль, затрудненіе дыханія. Смерь наступила на 2-й день болезни.	В легкихъ воспалительный процессъ. Респираторная система, кашлевый рефлексъ.

АЛЕКСАНДРОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БАРАЧНАЯ БОЛЬНИЦА.
 25 Января 1887 года. № 80.
 № Приемнаго журнала: *11* № Барака: *11*
 № Кровати: *11*
 Ординаторъ: *Шаликовъ*

Имя, отчество и фамилия: *Евгений Павловичъ Семинский*
 Звание: *врачъ*
 Лѣта: *40*
 Родъ и мѣсто занятія: *при родныхъ*
 Адресъ: (часть, участокъ, улица, № дома) *ул. Мясницкая № 131*
 Условія квартиры: (деревянный или каменный домъ, этажъ)
 Мѣсто рожденія: *Семинск. уѣздъ*
 Холостъ или женатъ: *холостъ*
 Вѣроисповѣданіе: *православн.*
 Названіе болѣзни: *Пневмония острого характера*
 Осложненія:
 Время поступленія: *25 Января*
 Время выхода: *1 Февраля*
 Исходъ болѣзни:
 Число дней проведенныхъ въ болѣзнь: *6 дней*

ЭПИКРИЗЪ.
 Больной поступилъ въ больницу съ жалобами на кашель, слабость, лихорадку, головную боль, боли въ груди, затрудненіе дыханія. Температура тела 38,5, частота пульса 100, частота дыхания 20. При физикальномъ осмотрѣ обнаружены признаки острого воспаления легочной ткани. Лечение: постельный режимъ, покой, обильное питье, согревающие компрессы на грудь, ингаляции. Больной выздоровѣлъ черезъ 6 дней.

	При поступленіи.		При выходѣ.	
	Тѣло	Дыханіе	Тѣло	Дыханіе
Вѣсь тѣла				
Длина тѣла				
Длина конечностей				
Окружность головы				
Окружность груди				
Окружность живота				

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ

Инфильтрат лёгкого – это локальное скопление в лёгочной ткани клеточных элементов, которых в норме здесь не должно быть

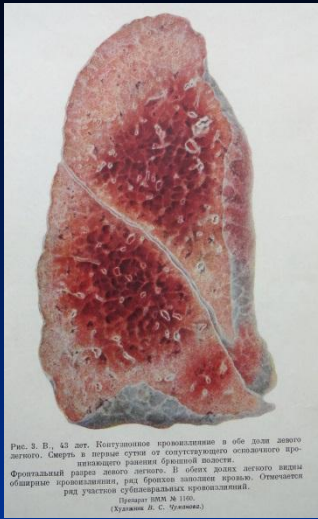


Рис. 2. П., 42 лет. Интенсивное кровоизлияние в обе доли левого легкого. Смерть в первые сутки от сопутствующего острого перитонита. Фронтальный разрез левого легкого. В обеих долях легкого видны обширные кровоизлияния, ряд бронхов заполнен кровью. Отмечается ряд участков субплевральных кровоизлияний.
Препарат: ИММ № 1166.
(Художник: В. С. Чудинов)

В его образовании при воспалении наряду с форменными элементами принимают участие выходящие из сосудов кровяная плазма и лимфа.

Пропитывание тканей биологическими жидкостями без примеси клеточных элементов, например, кровяной плазмой, жёлчью называется отеком или имbibицией.

При воспалительной инфильтрации имеют место инфильтраты:

- из полиморфно-ядерных лейкоцитов;**
- лимфоидные;**
- макрофагальные;**
- геморрагические;**
- эозинофильные.**

БОЛЬШИЕ ЭОЗИНОФИЛИИ КРОВИ

- **Норма эозинофилов – 2-4% всех лейкоцитов**
- **(120-320 клеток в 1 мм³ крови).**

- **Небольшая и умеренная эозинофилия – до 10-15% всех лейкоцитов при нормальном или слегка повышенном лейкоцитозе.**

- **Большая эозинофилия – свыше 15-20% всех лейкоцитов в сочетании с высоким лейкоцитозом.**

Классификация эозинофилий

(Гринштун Л.Д., 1962)

I. Реактивные, вторичные (токсико-аллергические) эозинофилии

А) паразитарные:

1. При трихенеллезе
2. При фасциолезе
3. При описторхозе
4. При аскаридозе
5. При стронгилоидозе
6. При «Larva migrans»
7. При филяриатозах
8. Тропическая эозинофилия
9. При лямблиозе



Larva migrans
(болезнь пляжного
отпуска)

В редких случаях личинки *Ancylostoma braziliense* могут попадать в кровь и вызывать развитие синдрома Леффлера.

В подобных случаях, протекающих с общей симптоматикой и эозинофилией крови, нужно направлять больных для рентгенологического исследования легких.

Б) непаразитарные:

1. При аллергозах
 - а) эозинофильных инфильтратах органов
 - б) бронхиальной астме
 - в) мембранозном колите
2. При коллаgenoзах
3. Лекарственного происхождения
4. При лимфогранулематозе
5. При злокачественных новообразованиях
6. «Инфекционный эозинофилёз»

В) смешанного происхождения (обычно непаразитарные + паразитарные)

Г) неясного генеза

II. Эозинофилии, связанные с первичной системной гиперплазией эозинофильного ростка костного мозга

А) доброкачественная:

1. «Семейная эозинофилия»

2. Эозинофилия при эндокринопатиях

Б) злокачественная:

1. Хронический миелолейкоз
(небольшая и умеренная эозинофилия)

2. Эозинофильный лейкоз
(большая эозинофилия)

ЛЁГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ

Ткань лёгкого может быть инфильтрирована клетками новообразования: рака, саркомы.

В таких случаях говорят об инфильтрации ткани лёгкого опухолью, или обинфильтративном росте опухоли.

Патологические инфильтраты характеризуются увеличением объема тканей, их **повышенной плотностью**, иногда болезненностью (воспалительная инфильтрация), а также изменением цвета самих тканей.

Исход клеточных инфильтратов различен и зависит от характера процесса и клеточного состава инфильтрата.

Например, в лейкоцитарных воспалительных инфильтратах могут развиваться **абсцесс или флегмона**.

Инфильтрация клетками опухолей часто влечет за собой атрофию или разрушение предсуществующей ткани.

Рыхлые инфильтраты обычно рассасываются без последствий. Инфильтрация со значительными изменениями ткани легкого в дальнейшем чаще всего даёт стойкие патологические изменения — **склероз**.

Возраст и патология легких

Рак легкого	40-50 лет.
Доброкачественные опухоли.....	20-45 лет.
Саркоидоз, Лимфогранулематоз, Туберкулёз.....	до 40 лет.
Крупозная пневмония.....	35-50 лет.
Бронхопневмония.....	20-25 лет.
Бронхоэктатическая болезнь.....	20-25 лет.
Абсцесс легкого.....	20-30 лет.
Хронический бронхит, Бронхиальная астма.....	до 50 лет.

Основные рентгенологические синдромы в легких и средостении

Синдром

%%

Долевые и сегментарные затемнения.....	26, 33
Шаровые и округлые тени.....	23, 14
Тонкостенные полости.....	29, 76
Диссеминации.....	6, 58
Изменения лёгочного рисунка.....	8, 47
Расширение тени средостения и корней лёгких.....	3, 49
«Экссудативный» плеврит.....	1, 78

Всего: 100 %

Изменения лёгочного рисунка

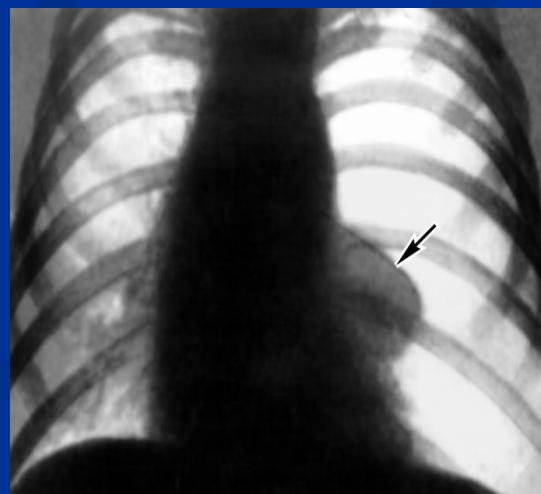
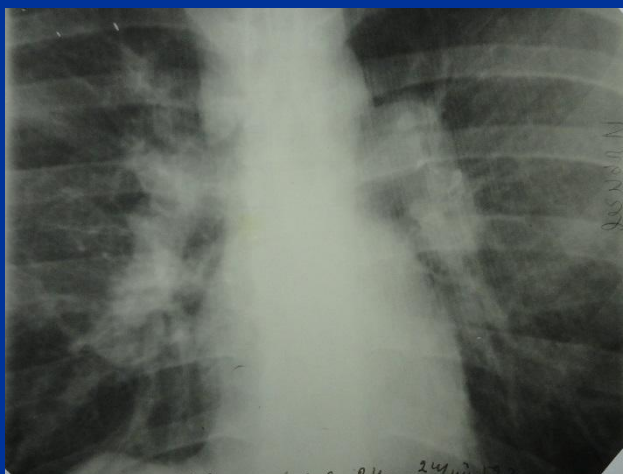
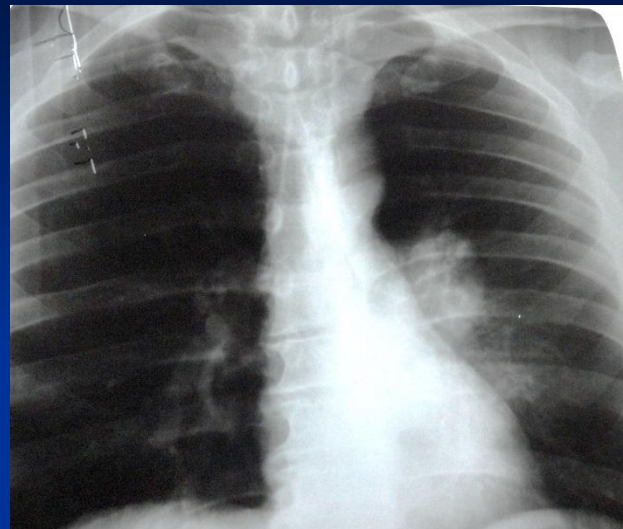
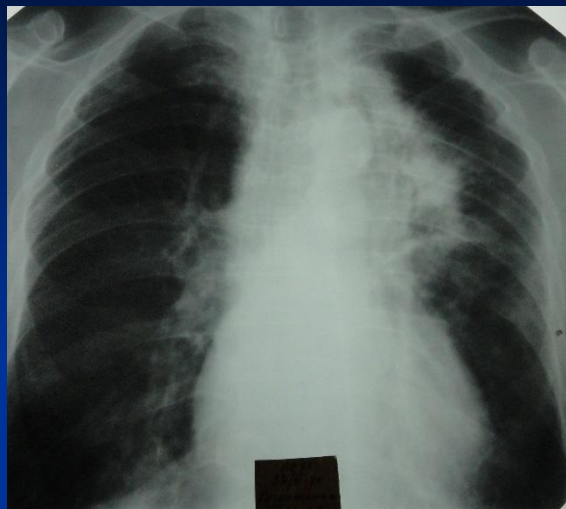
- Начальная стадия, исход острой и затянувшаяся пневмония.
- Пневмосклероз на месте перенесенной пневмонии и острого абсцесса.
- Остаточные явления инфильтративно-пневмонического туберкулеза.
- Хронический бронхит.
- Бронхиальная астма.
- Дискинезия бронхов.
- Бронхоэктатическая болезнь.
- Начальный пневмокониоз.
- Эмфизема врожденная, приобретенная, старческая, воздушные кисты.
- Болезни сердца, сопровождающиеся застоем в легких.
- Агенезия и аплазия легочных артерий.
- Прогрессирующая легочная дистрофия.

Рентгенологические синдромы в легких и средостении

Расширение тени средостения и корней легких:

- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- поражение лимфоузлов при сркоидозе, силикозе, силикотуберкулезе;
- медиастинальная форма рака;
- лимфогранулематоз;
- лимфолейкоз;
- лимфосаркома;
- загродинный зоб;
- невrogenные опухоли;
- целомические кисты;
- липомы и другие редко встречающиеся опухоли средостения.

Рентгенологические синдромы в легких и средостении



Рентгенологические синдромы в легких и средостении

Долевые и сегментарные затемнения

Пневмония.

Обструктивный пневмонит как следствие
эндобронхиальных опухолей или инородных тел.

Инфильтративно-пневмонический туберкулёз.

Цирроз легкого.

Ателектатические бронхоэктазы.

Шаровидные и круглые тени

Внебронхиальные (периферические) опухоли.

Туберкулома.

«Шаровидная» пневмония.

Абсцесс легкого.

Заполненные кисты легкого.

Осумкованный плеврит.

Опухоли плевры.

Диафрагмальная грыжа и релаксация диафрагмы.

Тонкостенные полости

Кавернозный и фибринозно-кавернозный туберкулёз.

Бронхоэктазы.

Бронхиальные и ложные кисты.

Гигантские кисты и буллы

Стафилококковая деструкция.

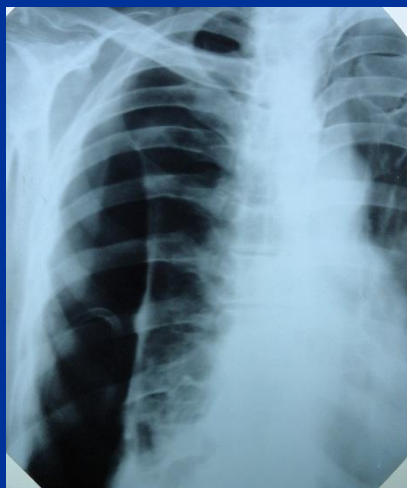
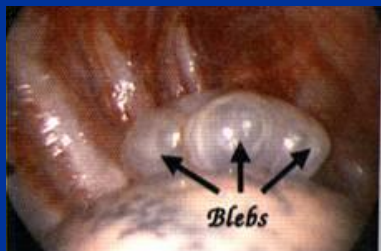
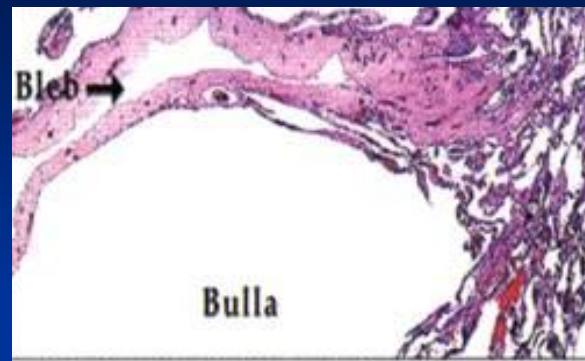
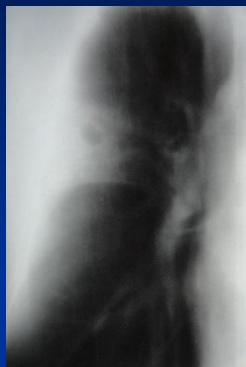
Аспергиллёма.

Легочная дегенерация.

Медиастинальная грыжа.

Спонтанный пневмоторакс.

Рентгенологические синдромы в легких и средостении



Рентгенологические синдромы в легких и средостении

«Экссудативный» плеврит

Крупозная пневмония.

Канцероматоз плевры.

Мезотелиома.

Сердечно-сосудистая недостаточность (пороки, легочное сердце).

Постинфарктный синдром Дресслера.

Туберкулезный, бактериальный и грибковый плеврит.

Травма грудного протока (хилёзный плеврит).

Сужение устья верхней полой вены.

Гипопротеинемия.

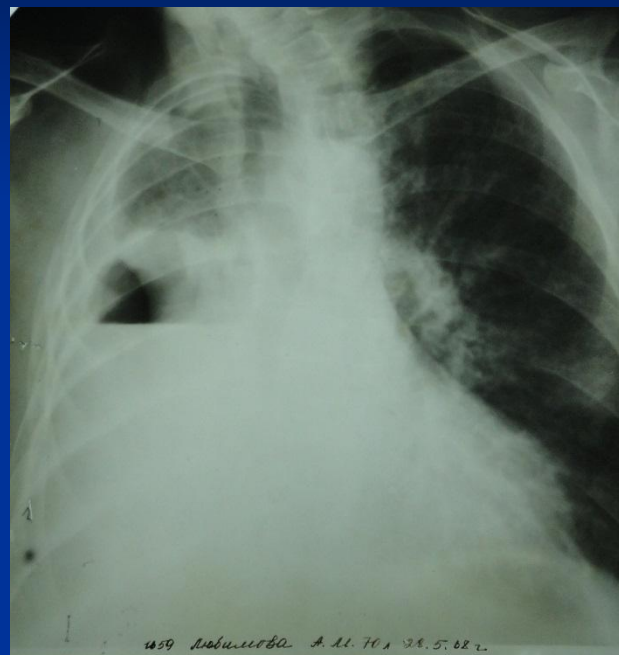
Системные заболевания соединительной ткани.

Панкреатиты.

Поддиафрагмальный абсцесс с реактивным плевритом.

Прочие редкие заболевания.

Рентгенологические синдромы в легких и средостении



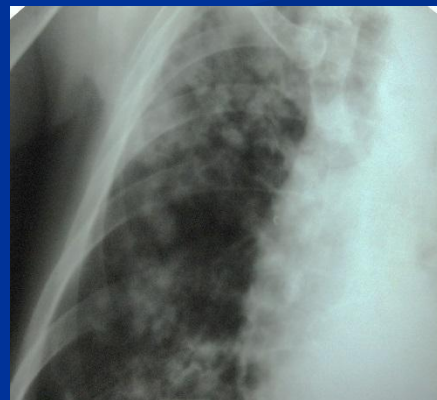
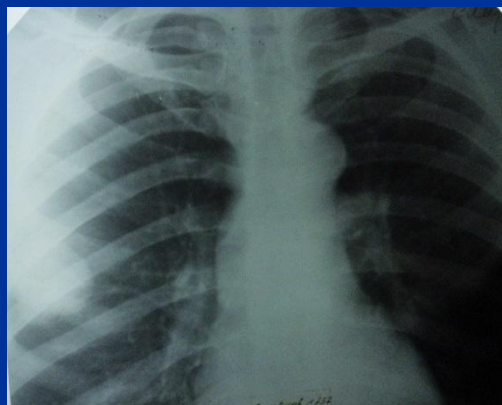
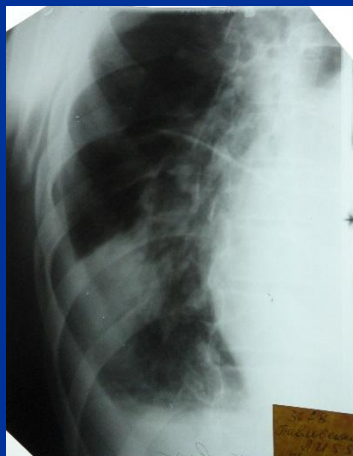
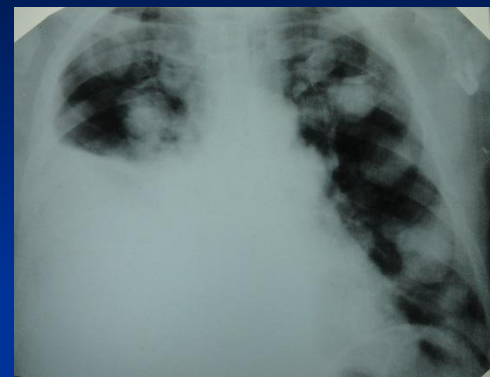
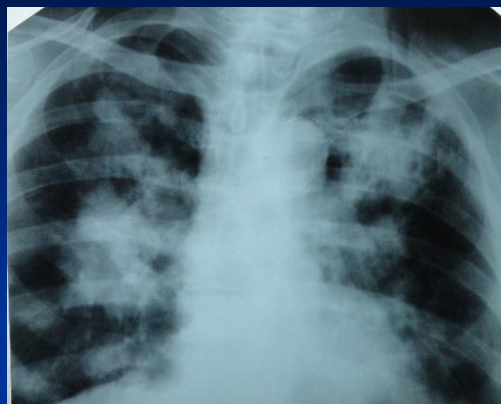
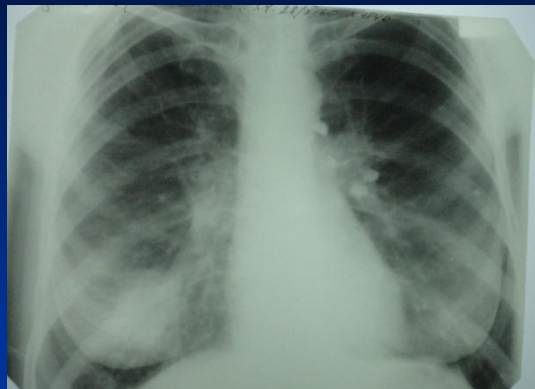
РАК ЛЕГКОГО

Метастазирование рака легкого

%%

Печень	40
Мозг.....	25-40
Кости.....	15-20
Надпочечники.....	25-30
Почка.....	15-20
Поджелудочная железа.....	6-16
Селезенка (самая бессимптомная).....	5-7
Метастазы в противоположное легкое.....	25-30
Кишечник.....	2-8
Яичники.....	2
Яички.....	1
Пенис	3% среди всех метастазов
Сердце.....	30% всех метастазов
Кожа.....	на 13 месте по частоте метастазов

Рентгенологические синдромы в легких и средостении



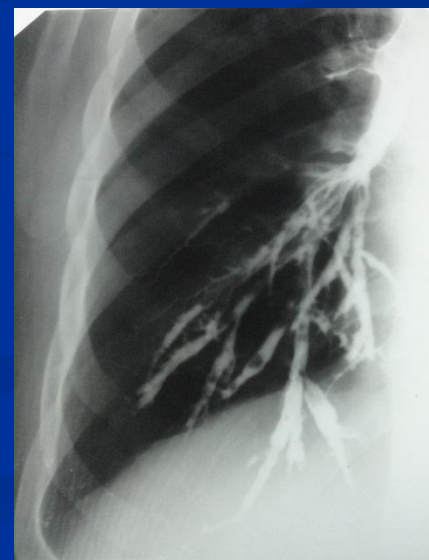
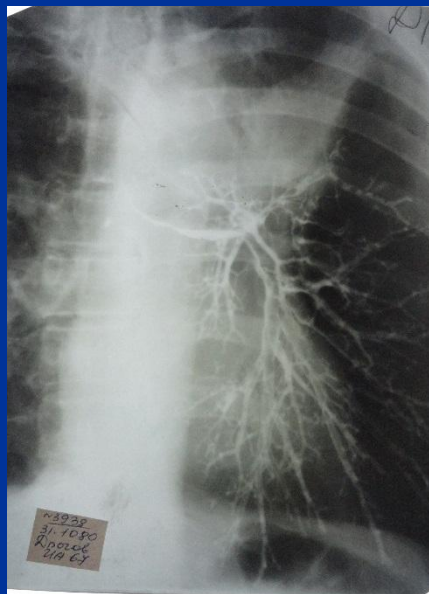
РАК ЛЕГКОГО

Способность некоторых раков легкого, чаще мелкоклеточного строения, вырабатывать гормоноподобный полипептид, вызывающий выраженную мышечную слабость, гипокалиемический алкалоз, гемонатриемия с необычно высоким выделением натрия с мочой при стабильно нормально артериальном давлении крови, объединяются синдромом "Швартца-Бартера". Синдром характеризуется задержкой вне- и внутриклеточной жидкости, возникновением психических расстройств в виде возбуждения или угнетения сознания, появлением различных неврологических симптомов.

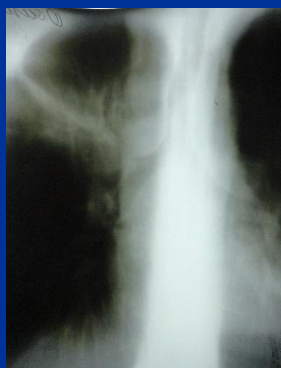
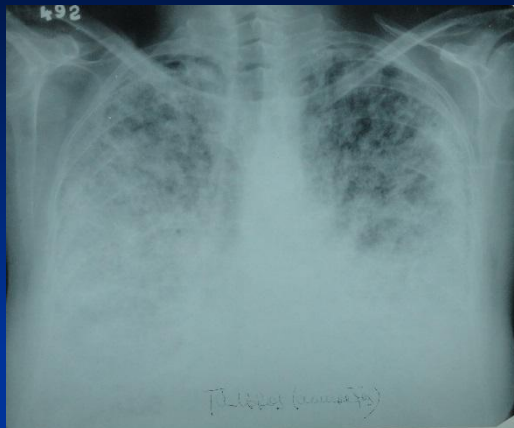
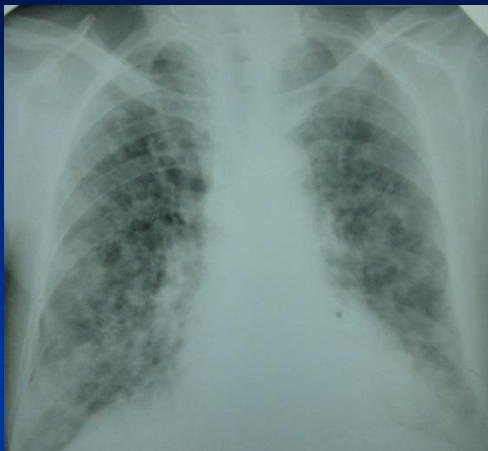
К числу своеобразных паранеопластических синдромов у больных раком легкого относится описанный в 1957 году Ламбертом и Итоном. Он характеризуется мышечной слабостью, развивающейся главным образом в проксимальных отделах и очень напоминающий миастеническую. Преобладают такие расстройства преимущественно в ногах, встречаются также в области тазовых органов. Отличительной чертой является так называемый признак "вработываемости". Если при миастении продолжающаяся мышечная деятельность приводит к полной утрате сил, то при синдроме Ламберта-Итона мышечная сила после нескольких повторных движений полностью восстанавливается и сохраняется в течении довольно продолжительного времени.

Повышенная секреция серотонина, адренкортикотропного и антидиуретического гормонов, кальцитонина и некоторых других у больных раком легкого могут формировать синдром Кушинга

Рентгенологические синдромы в легких и средостении



Рентгенологические синдромы в легких и средостении



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

