

## **Раздел: Пульмонология**

### **ЗАДАЧА №1**

В отделение пульмонологии госпитализирован больной Б., 60 лет, с жалобами на ежедневный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты в небольшом количестве, одышку при незначительной физической нагрузке.

**Из анамнеза** выяснено, что страдает хроническим бронхитом около 20 лет. В течение последних 10 лет отмечает одышку при ходьбе, которая со временем стала усиливаться. В настоящее время ощущение нехватки воздуха возникает при малейшей физической нагрузке и даже в покое. Злостный курильщик. Стаж курения – 40 лет, выкуривает 1,5-2 пачки сигарет/сутки. По профессии – бетонщик, инвалид по заболеванию. Обострения заболевания до 4-5 раз в году.

**Объективно:** состояние тяжелое. Кожные покровы диффузно цианотичны, повышенной влажности, чистые. Пониженного питания. Имеются отеки стоп, голеней. Частота дыхания – 28 в минуту. Грудная клетка – бочкообразной формы, экскурсия нижнего края легких ограничена, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, межреберные промежутки западают. При перкуссии - коробочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Границы относительной тупости сердца изолированно смещены вправо. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС – 100 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

**Кл. анализ крови:** Нb – 164 г/л; Эр. –  $5,3 \times 10^{12}$  л; L –  $7,4 \times 10^9$  л; э - 2, п - 1, с - 71, л - 23, м – 3; СОЭ - 10 мм/час. **Анализ мокроты:** светлая, слизистая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 7-10 в поле зрения (с/я-81%, л-19%). Тяжи слизи, дегенеративные изменения в клетках плоского эпителия, макрофаги 3-4. **Спирометрия:** ОФВ1 - 28%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 62% от должных величин. Проба с атровентом положительная. **Пульсоксиметрия:** SaO<sub>2</sub> – 80%. **ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС 85-100, частые наджелудочковые экстрасистолы. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия правого предсердия. Метаболические изменения миокарда. Нагрузка на оба желудочка. **Рентгенография ОГК:** легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок диффузно усилен, фиброзно деформирован по всем легочным полям с обеих сторон. Корни малоструктурны, с кальцинатами. Стенки бронхов уплотнены. Тень средостения без особенностей. **ЭХО-КГ:** исследование затруднено из-за выраженной одышки. Гипертрофия стенок правого предсердия. Легочная гипертензия – II ст. Давление в легочной артерии – 45 мм.рт.ст. Снижена систолическая функция левого желудочка до 43%.

#### **Вопросы:**

1. Представьте развернутый диагноз.
2. Укажите имеющиеся факторы риска, определите индекс курения.
3. Тактика ведения данного пациента.

## **Раздел: Пульмонология**

### **ЗАДАЧА №2**

В отделение пульмонологии госпитализирован больной Г., 72 лет. При поступлении жалобы на выраженную одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке, кашель в течение дня с отделением слизисто-гноной мокроты, слабость, недомогание, нарушение сна.

**Anamnesis morbi:** около 20 лет назад стал замечать одышку при подъеме на небольшое возвышение. В это же время осенью-зимой стали возникать эпизоды респираторной инфекции, сопровождающиеся продолжительным кашлем. Впоследствии стал отмечать появление кашля ежедневно с отделением небольшого количества слизистой мокроты по утрам, а также при вдыхании сухого холодного воздуха. Имеет длительный стаж курения – 58 лет по 2 пачки в день. Последние 5 лет одышка стала прогрессивно нарастать, пациент вынужден делать остановки при ходьбе на расстояние до 100 метров, кашель оставался малопродуктивным. Лечение не получал. Данное ухудшение около недели, когда на фоне вирусной инфекции выросла одышка, вплоть до удушья, усилился кашель. Самостоятельно лечился в домашних условиях, без эффекта. Госпитализирован по СМП.

**Объективно:** состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с серым оттенком, умеренно влажные, чистые. Резко пониженного питания. Вес 47 кг. Рост 164 см. Частота дыхания – 24 в минуту. Грудная клетка – эмфизематозная, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, межреберные промежутки западают. Над легкими перкуторно - коробочный звук. При аускультации легких - ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе, выдох удлинен. Границы относительной тупости сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту. АД 140/80 мм.рт.ст.

**Кл. анализ крови:** Нв – 132 г/л; Эр. –  $4,0 \times 10^{12}$ /л; L –  $10,4 \times 10^9$ /л; э-2, п-8, с-60, л- 26, м-4; СОЭ-34 мм/час. В биохимическом анализе крови – общий белок 52 г/л. **Анализ мокроты:** светлая, слизисто-гноная. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 20-30 (с/я-89%, л-11%). Тяжи слизи, дегенеративные изменения в клетках плоского эпителия, макрофаги 8-12. **Спирометрия:** ОФВ1 - 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 65% от должных величин. Проба с атровентом положительная. **Пульсоксиметрия:** SaO<sub>2</sub> – 92%. **ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС – 100 в минуту. Повышенная нагрузка на правое предсердие. Диффузные изменения миокарда. **Рентгенография ОГК:** легочные поля повышенной прозрачности, отмечается обеднение сосудистого рисунка легких. В переднезадней проекции регистрируется уплощение и низкое расположение купола диафрагмы, в боковой проекции увеличено ретростернальное пространство. Тень средостения расположена срединно. **ЭХО-КГ:** Полости сердца не расширены. Гипертрофия стенок правого предсердия. Признаки легочной гипертензии. Давление в легочной артерии – 40 мм.рт.ст.

### **Вопросы:**

1. Представьте развернутый диагноз?

2. Определите индекс курения.
3. Составьте лечебную программу для данного пациента.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №3**

В отделение пульмонологии госпитализирована больная Ч., 71 года, с жалобами на интенсивный кашель с отделением большого количества вязкой гнойной мокроты, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, приступы экспираторного удушья в ночное время, повышение температуры тела до 38°C, слабость, усталость, нарушение сна.

Из анамнеза выяснено, что на протяжении 35 лет курит до 1-1,5 пачек сигарет в сутки. В течение последних 30 лет ежедневно по утрам отмечает малопродуктивный кашель, иногда возникающий в ночное время, усиливающийся в холодную и дождливую погоду. Около 15 лет назад появилась одышка, экспираторного характера при умеренной физической нагрузке. С этого же времени ежегодно на фоне вирусной инфекции отмечает усиление кашля и увеличение продукции мокроты. Мокрота становится желто-зеленого цвета, иногда с появлением неприятного запаха, откашливается с трудом. В связи с этим неоднократно находилась на стационарном лечении. Получала антибактериальную терапию, регулярно принимала бронхолитические препараты, муколитики, физиолечение. Данное ухудшение около недели, когда на фоне переохлаждения появились вышеперечисленные жалобы. Больная госпитализирована в отделение пульмонологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, повышенной влажности, чистые, горячие на ощупь. Температура тела - 37,8°C. Повышенного питания. Частота дыхания – 25 в минуту. Грудная клетка – эмфизематозная. Над легкими перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - везикулярное дыхание с жестким оттенком, масса сухих рассеянных хрипов по всем легочным полям, слышных на расстоянии, фаза выдоха удлинена. Границы относительной тупости сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст.

Кл. анализ крови: Нb – 128 г/л; Эр. – 3,08x10<sup>12</sup>л; L – 12,7x10<sup>9</sup>л; э-4, п-12, с-62, л- 20, м-2; СОЭ - 46 мм/час.

Общий анализ мокроты: характер - гнойный, консистенция - вязкая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 40-50 в поле зрения (с/я-91%, л-9%). Тяжи слизи, дегенеративные изменения в клетках плоского эпителия, коккобациллярная микрофлора, макрофаги 6-10.

Микробиологическое исследование мокроты: выделена *H. Influenzae*.

Спирометрия: ОФВ1 - 65%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 68% от должных величин.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС - 105 в минуту.

Рентгенография ОГК: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен, деформирован по мелкоячеистому типу. Корни малоструктурны, не расширены. В нижних поясах с обеих сторон участки фиброзных изменений. Синусы свободные. Тень средостения расположена срединно.

ФБС: признаки 2-стороннего гнойного эндобронхита II – III ст. активности воспаления.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз, определите степень тяжести и период заболевания?
2. Определите индекс курения?
3. Составьте лечебную программу для данного пациента.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №4**

В поликлинику обратился пациент А., 44 лет, с жалобами на кашель с отделением умеренного количества слизисто-гнойной мокроты, субфебрильную температуру тела.

Anamnesis morbi: болен около 5 дней, когда после переохлаждения появился сухой кашель, повысилась температура до 37,5°C. За медицинской помощью не обращался, принимал жаропонижающие препараты. На 3-й день кашель стал влажным, мокрота отходила в умеренном количестве, слизисто-гнойного характера. Кроме того, выяснено, что имеет длительный стаж курения - около 25 лет по ½ пачки в сутки. На протяжении последних 5 лет по утрам возникает привычный малопродуктивный кашель, по поводу которого не обследовался.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные, чистые. Нормального питания. Частота дыхания – 18 в минуту. Грудная клетка – обычной формы. При перкуссии отмечается легочный звук. При аускультации жесткое дыхание, единичные сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких, выдох свободный. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст.

Кл. анализ крови: Нб – 140 г/л; Эр. –  $4,2 \times 10^{12}$  л; L –  $10,8 \times 10^9$  л; э-3, п-7, с-64, л- 24, м-2; СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция – вязкая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 25-30 в поле зрения. Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги 3-4.

Микробиологическое исследование мокроты: выделен Str. Pneumoniae.

Спирометрия: ОФВ1 - 80%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 67% от должных величин.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 84 в минуту. ЭКГ без особенностей.

Рентгенография ОГК: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок не изменен. Корни структурные. Синусы свободные. Тень сердца расположена срединно.

### **Вопросы:**

1. Установите диагноз, степень тяжести и период заболевания.
2. Определите индекс курящего человека, укажите имеющиеся факторы риска.
3. Ваши рекомендации по тактике ведения данного пациента.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №5**

В отделение пульмонологии госпитализирован больной К., 19 лет с жалобами на затянувшийся приступ экспираторного удушья, не купирующийся сальбутамолом.

Из анамнеза выяснено, что страдает бронхиальной астмой с 7-летнего возраста. Приступы удушья беспокоят 2-3 раза в неделю, провоцируются бытовыми аллергенами (домашняя пыль, перо подушки, шерсть животных). Ночные симптомы астмы возникают 2-3 раза в месяц. Для купирования приступов удушья пользуется сальбутамолом. Обострения заболевания возникают 1-2 раза в год. Периодически получает базисную терапию ИГКС. Данное ухудшение в течение недели, когда после перенесенной вирусной инфекции появились вышеперечисленные жалобы. Лечился самостоятельно – сальбутамол до 8-10 доз/сутки, без эффекта. Госпитализирован по СМП.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, громкие. Пульс 90 ударов/мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. ЧД – 22/мин. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно – над всей поверхностью легких легочный звук. Аускультативно – дыхание ослаблено, по всем легочным полям выслушиваются сухие жужжащие хрипы, выдох удлинён, затруднён.

PEF<sub>min</sub> – 340 л/мин (должное значение 580 л/мин). PEF<sub>постдилатац.</sub> – 400 л/мин. PEF<sub>max</sub> – 480 л/мин.

Кл. анализ крови: Hb – 146 г/л; L –  $7,8 \times 10^9$ /л; э-9, п-4, с-63, л-20, м-4; СОЭ - 10 мм/час.

Спирография: умеренная степень снижения показателей ФВД по обструктивному типу. Проба с сальбутамолом положительная.

R-графия органов грудной клетки: легочные поля без видимых очаговых, инфильтративных изменений. Легочный рисунок, корни не изменены. Тень сердца расположена срединно.

### **Вопросы:**

1. Установите диагноз, степень тяжести и период заболевания.
2. Определите степень выраженности обострения.
3. Установите степень обратимости бронхиальной обструкции.
4. Назначьте необходимое лечение с учетом ступенчатого подхода.

## **Раздел: Пульмонология**

### **ЗАДАЧА №6**

В отделение пульмонологии госпитализирован больной А., 25 лет с жалобами на некупирующийся приступ экспираторного удушья, одышку при малейшей физической нагрузке, во время разговора, сухой кашель.

Из анамнеза выяснено, что страдает бронхиальной астмой на протяжении 12 лет. Приступы удушья возникают 1-2 раза в день. Получает серетид 25/250 мкг по 1 дозе 2 раза/сутки, для купирования приступа использует сальбутамол. Ночные симптомы астмы возникают 4-5 раз в месяц. Обострения заболевания возникают 2-3 раза в год. Данное ухудшение в течение 12 часов, когда внезапно развился приступ удушья, появился непродуктивный кашель, причину обострения назвать не может. В домашних условиях проводились ингаляции сальбутамола до 10 доз, per os – 30 мг преднизолона. Состояние не улучшалось, явления дыхательной недостаточности нарастали. Доставлен по СМП в стационар.

Объективно: состояние тяжелое за счет выраженной дыхательной недостаточности. Сознание ясное. Положение ортопноэ. Дыхание шумное, на расстоянии слышны дистанционные хрипы. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, чистые, повышенной влажности. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, громкие. Пульс 115 ударов/мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. ЧД – 34 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная. Перкуторно – над всей поверхностью легких легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание ослаблено, по всем легочным полям выслушивается масса сухих жужжащих хрипов, выдох резко удлинен, затруднен. На форсированном выдохе высокотоновые дискантные хрипы.

PEF - 170 л/мин (должное значение 610 л/мин). PEFпостдилатац. – 190 л/мин. PEFmax – 280 л/мин.

Кл. анализ крови: Hb – 131г/л; L –  $7,3 \times 10^9$ /л; э-4, п-5, с-65, л-22, м-2; СОЭ - 9 мм/час.

Спирография: выраженная степень снижения показателей ФВД по обструктивному типу. Проба с сальбутамолом отрицательная.

R–графия органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без видимых очаговых, инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен, корни не изменены. Тень сердца расположена срединно.

#### **Вопросы:**

1. Установите диагноз, степень тяжести и период заболевания.
2. Определите степень выраженности обострения.
3. Назначьте необходимое лечение с учетом ступенчатого подхода, тяжести процесса.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №7**

Больная М., 40 лет, педагог начальной школы, обратилась с жалобами на удушливый приступообразный кашель в ранние утренние часы, который иногда сопровождается свистящим дыханием, ощущением дискомфорта в грудной клетке. Данные симптомы беспокоят на протяжении полугода, купируются самостоятельно, без применения лекарственных препаратов.

Из анамнеза выяснено, что ранее ничем не болела, впервые заметила появление сухого приступообразного кашля при выезде в сельскую местность. Кашель сопровождался водянистыми выделениями из носа, слезотечением, зудом и покраснением глаз. Установлено, что сестра матери страдает бронхиальной астмой.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренно влажные. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульс 84 удара/мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. ЧД – 18 в минуту. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно – над всей поверхностью легких легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном выдохе выслушиваются немногочисленные сухие, свистящие хрипы.

PEF<sub>min</sub>. – 360 л/мин (должное значение 482 л/мин). После ингаляции 200 мкг сальбутамола РЕФ увеличилась до 470 л/мин. Больной назначен недельный мониторинг РЕФ утром и вечером, в результате которого установлены колебания РЕФ в пределах от 320 л/мин до 440 л/мин. Суточные колебания РЕФ составили 31%.

Кл. анализ крови: Нb – 128г/л; L –  $6,5 \times 10^9$ /л; э-13, п-1, с-61, л-23, м-2; СОЭ - 14 мм/час.

Спирография: умеренная степень снижения показателей ФВД по обструктивному типу. Проба с сальбутамолом положительная.

Р-графия органов грудной клетки: легочные поля без видимых очаговых, инфильтративных изменений. Легочный рисунок, корни не изменены. Тень сердца расположена срединно.

### **Вопросы:**

1. Установите диагноз, оцените тяжесть течения.
2. Установите степень обратимости бронхиальной обструкции.
3. Назначьте необходимое лечение с учетом ступенчатого подхода.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №8**

Пациент Л., 17 лет, направлен от военкомата на обследование. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Из анамнеза установлено: с раннего детского возраста отмечались эпизоды затрудненного дыхания, приступообразного кашля, что сопровождалось свистящими хрипами. Симптомы удушья провоцировались контактом с бытовыми и пыльцевыми аллергенами, а также вирусно-бактериальными инфекциями, возникали реже 1 раза в неделю, были кратковременными. Для купирования приступа удушья использовал вентолин 1-2 вдоха. Наблюдался пульмонологом, аллергологом. Обострения заболевания раз в 2-3 года, длились от нескольких часов до нескольких дней. Базисную терапию не получал.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренно влажные. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, громкие. Пульс 72 удара/мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. ЧД – 16 в минуту. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно – над всей поверхностью легких легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, выдох свободный.

PEF – 480 л/мин (должное значение 570 л/мин ). PEF постдилят. – 560 л/мин. PEFmax – 560 л/мин.

Кл. анализ крови: Hb – 146г/л; L –  $7,8 \times 10^9$ л; э-1, п-4, с-63, л-26, м-6; СОЭ - 5 мм/час

Спирография: ФВД не нарушена. Проба с сальбутамолом положительная.

R–графия органов грудной клетки: легочные поля без видимых очаговых, инфильтративных изменений. Легочный рисунок, корни не изменены. Тень сердца расположена срединно.

### **Вопросы:**

1. Установите диагноз, оцените тяжесть течения.
2. Установите степень обратимости бронхиальной обструкции.
3. Назначьте необходимое лечение с учетом ступенчатого подхода.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №9**

К терапевту обратился мужчина 20 лет с жалобами на сильный приступообразный кашель, возникший во время отдыха на природе. После приступа кашля, переходящего в удушье, отходила светлая мокрота в небольшом количестве. На момент обращения отмечается незначительное покашливание. Пациент также указывает на слезотечение, затруднение носового дыхания во время контакта с пылью, плесенью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. Нормостеник. ЧД - 18 в минуту. При перкуссии грудной клетки отмечается легочный звук. При аускультации везикулярное дыхание, в межлопаточной области при форсированном дыхании определяются свистящие сухие хрипы. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 70 в мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. PEF – 510 л/мин (должное значение 550 л/мин).

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование для уточнения диагноза.
3. Тактика ведения пациента.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №10**

В реанимационное отделение привезли женщину 45 лет. Активных жалоб не предъявляет. Со слов родственников: ранее лечилась у пульмонолога по поводу бронхиальной астмы, применяла периодически ингаляторы. Приступ удушья возник ночью, неоднократно использовала сальбутамол без эффекта, в связи с ухудшением состояния вызвали СМП.

Состояние крайне тяжелое. Сопор. В контакт не вступает. Кожные покровы бледные с выраженным диффузным цианозом, холодный пот. Дыхание шумное, слышны дистанционные свистящие хрипы, ЧД – 34 в минуту. Грудная клетка бочкообразная, отмечается активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии коробочный звук, с участками притупления. При аускультации легких дыхание ослаблено не прослушивается ниже угла лопаток, над верхушками определяется небольшое количество сухих свистящих хрипов. При перкуссии относительной тупости сердца определяется увеличение правой границы (+ 1,5 см от края грудины). Тоны сердца глухие, ритм галопа. ЧСС - 100 в мин. АД - 90/60 мм. рт. ст. Пульс слабый 100 мин. Живот при пальпации мягкий, незначительная болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см (размеры по Курлову 18x16x7 см). Селезенка не увеличена. Отеки на нижних конечностях до нижней трети голени. PEF - 170 л/мин при росте 150 см.

Ан. крови клин.: лейкоц.-  $8,5 \times 10^9$ /л; эр. –  $5,5 \times 10^{12}$ /л; Hb – 150 г/л; СОЭ 15 мм/ч. ЭКГ – признаки перегрузки правого предсердия, правого желудочка. Отклонение электрической оси сердца вправо.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Укажите дополнительные методы обследования, необходимые для подбора терапии.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №11**

Молодой мужчина 25 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, непродуктивный кашель, удушье.

В анамнезе указывает на наличие приступов удушья, возникающих в предутренние часы, а также провоцирующихся физической нагрузкой - до 5-7 раз в неделю. Приступы удушья самостоятельно купировал сальбутамолом (по совету приятеля). Данный приступ возник ночью, пользовался сальбутамолом неоднократно, без эффекта.

При осмотре выявлено: астенический тип телосложения, длинные пальцы рук, большие мягкие уши, воронкообразная грудная клетка. При перкуссии грудной клетки определяется коробочный звук, над всей поверхностью выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие, свистящие хрипы. ЧД – 26 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. АД - 100/60 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Отеков нет. РЕФ - 350 л/мин, при росте 180 см. Во время пребывания в стационаре в покое появилась резкая боль в правой половине грудной клетке, которая усиливалась при вдохе, выросла одышка - до 32 в мин. При перкуссии легких справа определяется тимпанический звук, дыхание отсутствует, хрипов нет. Слева – прежняя симптоматика.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое генетическое заболевание в сочетании с основным процессом могло вызвать данное осложнение?
3. Составьте план лечения.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №12**

Больная М., 75 лет, обратилась с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, лихорадку до 38,5°C, выраженную слабость, потливость по ночам. Из анамнеза выяснено, что заболела остро с повышения температуры до 38,5°C, появился сухой кашель, слабость. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие и отхаркивающие препараты. На третий день присоединились боли в грудной клетке справа, связанные с кашлем и глубоким дыханием. Самостоятельно стала принимать антибактериальные препараты – амоксиклав 625 мг 3 раза/сутки per os. Оставалась лихорадка до 38,5°C – 39,0°C, стала отходить слизисто-гнойная мокрота, появилась одышка при ходьбе, усилилась общая слабость. Кроме того, выяснено, что в течение 5 лет страдает ревматоидным артритом, постоянно принимает ГКС (преднизолон 20 мг), периодически получала лечение цитостатиками.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Границы сердца расширены влево на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны ритмичные, приглушены. Пульс 110 ударов/мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. ЧД – 24/мин. Грудная клетка нормостенического типа, справа отстает в акте дыхания, голосовое дрожание и бронхофония над S8-10 справа усилены. Перкуторно над нижней долей правого легкого определяется укорочение перкуторного звука, здесь же локально выслушивается бронхиальное дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 112 г/л, L – 3,8x10<sup>9</sup>/л, э-2, п-12, с-70, л-12, м-4, СОЭ-52 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 5,2 ммоль/л; мочевины 9,6 ммоль/л; билирубин общий 15,7 ммоль/л; ALT – 72 ЕД/л; AST – 80 ЕД/л; ревматоидный фактор - 612; сиаловые кислоты – 1,0; фибриноген – 7880; ПТИ – 115%. Анализ мокроты: светлая, слизисто-гнойная. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 20-30 (с/я-89%, л-11%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги 2-3. Микробиологическое исследование мокроты: выделен St. Pneumoniae. R-графия органов грудной клетки: справа в нижнем поясе обширная негетерогенная инфильтрация легочной ткани без четких границ. Справа в плевральной полости небольшое скопление выпота. Тень сердца расположена срединно.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Решите вопрос о месте лечения пациентки.
3. Назначьте лечение.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №13**

Больной Б., 65 лет, доставлен в стационар СМП. Жалобы и анамнез заболевания собраны со слов жены, так как больной продуктивному контакту недоступен в связи с тяжелой сопутствующей цереброваскулярной патологией. Год назад была черепно-мозговая травма, оперирован по поводу субарахноидальной гематомы. С того момента больной находится на постельном режиме, самостоятельно себя не обслуживает, не ходит. В течение последних 6 месяцев периодически повышается температура тела до 38,5°C, появляется кашель с отделением слизисто-гноной мокроты, сильная потливость. На фоне приема антибактериальных препаратов состояние улучшалось. Данное ухудшение около 5 дней, когда вновь зафиксирован подъем температуры до 39,0°C, стал беспокоить частый кашель, появилась выраженная потливость, особенно в ночное время. Два дня назад присоединилась одышка смешанного характера в покое. Родственники вызвали СМП.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание на уровне сопора, в контакт не вступает. Кожные покровы бледно-серого цвета, повышенной влажности, горячие на ощупь, на ягодицах, в области лопаток, локтей пролежни. Резко пониженного питания. Л/у не увеличены. Границы сердца расширены влево на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны ритмичные, приглушены. ЧСС 130 ударов/мин. АД – 80/40 мм.рт.ст. ЧД – 32/мин. Грудная клетка астенического типа, голосовое дрожание и бронхофония над S8-10 легких усилены. Перкуторно над нижними долями легких определяется укорочение перкуторного звука, здесь же локально выслушивается бронхиальное дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы. Живот впалый, мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень у края реберной дуги. Стул ежедневный, диурез снижен.

Кл. анализ крови: Hb – 85г/л, L – 17,8x10<sup>9</sup>/л, э-1, п-22, с-60, л-15, м-2, СОЭ-65 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л; мочевины 13,6 ммоль/л; билирубин общий 30,2 ммоль/л; ALT – 87ЕД/л; AST – 100ЕД/л; фибриноген – 6380; ПТИ – 85%. Бактериоскопическое и микробиологическое исследование мокроты не проведено из-за технических сложностей сбора материала. ЭКГ: синусовая тахикардия 130/мин; гипертрофия левого желудочка с нагрузкой. R–графия органов грудной клетки: в нижних поясах легких определяется обширная неомогенная инфильтрация легочной ткани без четких границ. Легочный рисунок диффузно обогащен за счет сосудистого компонента. Корни легких реактивны. Тень сердца расположена срединно.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Решите вопрос о месте лечения пациента.
3. Какой возбудитель является наиболее вероятным в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.

## ***Раздел: Пульмонология***

### **ЗАДАЧА №14**

Больная Т., 21 года, обратилась в поликлинику с жалобами на першение в горле, редкий сухой кашель, повышение  $t$  тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , головные боли, боли в мышцах, суставах, общую слабость, потливость по ночам. Из анамнеза выяснено, что заболела остро, когда появились вышеперечисленные симптомы. Обратилась за медицинской помощью, выставлен диагноз ОРВИ. Назначена терапия, в том числе и антибактериальная – амоксициллин 500 мг 3 раза/сутки per os. На фоне лечения оставалась лихорадка до  $37,6^{\circ}\text{C}$  –  $37,8^{\circ}\text{C}$ , беспокоила слабость, потливость, незначительный кашель с отделением скудной слизистой мокроты. Пациентка является студенткой ВУЗа. Курит на протяжении 5 лет по 5-8 сигарет/сутки. При осмотре состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, громкие. Пульс 84 удара/мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. ЧД – 18/мин. Грудная клетка нормостенического типа, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный тон. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, выслушиваются немногочисленные сухие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, без патологических примесей.

Кл. анализ крови: Нб – 128г/л, L –  $10,8 \times 10^9$ /л, э-2, п-7, с-65, л-24, м-2, СОЭ-25мм/час. Анализ мокроты: светлая, слизистая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 4-6 (э-3, с/я-72%, л-25%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги 2-3. Микробиологическое исследование мокроты: не проводилось ввиду отсутствия мокроты. Р-графия органов грудной клетки: справа в нижнем поясе S8-9 малоинтенсивная периваскулярная инфильтрация легочной ткани, правый корень реактивен. Синусы свободны. Тень сердца расположена срединно.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Решите вопрос о месте лечения пациентки.
3. Какие возбудители являются наиболее вероятными в данном случае.
4. Ваша дальнейшая тактика лечения.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №15**

Больной С., 60 лет, госпитализирован в реанимационное отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетке при дыхании, кашель с отделением слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита. Из анамнеза выяснено, что 2 недели находился на стационарном лечении в кардиологическом отделении, выписан три дня назад. В период нахождения в стационаре отмечалось повышение температуры тела до 38,0°C. Была выполнена R – графия органов грудной клетки, патологии не выявлено. Утром состояние резко ухудшилось, появились боли в грудной клетке слева при дыхании, усилилась слабость, выросла одышка. Родственники вызвали СМП, госпитализирован в стационар. Из анамнеза жизни: курит в течение 40 лет по 1/2 пачки/сутки. Сахарный диабет в течение последних 2 лет, компенсирует диетой.

При осмотре состояние тяжелое. Сознание ясное, положение горизонтальное. Повышенного питания. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет. Границы сердца расширены влево на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны ритмичные, приглушены. Пульс 98 ударов/мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. ЧД – 20/мин. Грудная клетка нормостенического типа, левая половина отстает в акте дыхания, голосовое дрожание и бронхофония над S4,5 и S8-10 слева усилены. Перкуторно над этими сегментами определяется укорочение перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание, выслушивается звучные мелкопузырчатые хрипы. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 109г/л, L – 19,3x10<sup>9</sup>/л, э-1, п-9, с-87, л-2, м-1, СОЭ-62 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 6,5 ммоль/л; мочевины 14,2 ммоль/л; билирубин общий 6,8 ммоль/л; ALT – 40 ЕД/л; AST – 45ЕД/л; фибриноген – 5220; ПТИ – 86%. Анализ мокроты: светлая, слизистая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 10-20 (с/я-76%, л-24%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги 2-3. Микробиологическое исследование мокроты не выполнено, так как пациент не собрал материал. R–графия органов грудной клетки: слева в среднем и нижнем поясе обширная инфильтрация легочной ткани средней интенсивности без четких границ, в плевральной полости слева небольшое скопление выпота. Левый корень убедительно не дифференцируется. Тень сердца расположена срединно.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Решите вопрос о месте лечения пациента.
3. Какие возбудители наиболее вероятны в данном случае.
4. Ваша тактика лечения.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №16**

Больной К., 35 лет, госпитализирован в отделение пульмонологии с жалобами на кашель с отделением умеренного количества гнойной мокроты с неприятным запахом; боли в грудной клетке справа, связанные с кашлем и дыханием, слабость, повышение температура тела до 38,5°C, потливость. Болен около 10 дней, когда на фоне переохлаждения появился сухой кашель, подъем температуры до 37,8°C. Никуда не обращался, не лечился. Резкое ухудшение состояния 2 дня назад: температура повысилась до фебрильных цифр, стала отходить зловонная мокрота, появились боли в грудной клетке справа при дыхании, усилилась общая слабость. По СМП госпитализирован в стационар. Из анамнеза жизни в течение 7 лет страдает посттравматической эпилепсией. Последний эпилептический приступ 3 месяца назад, постоянной терапии не получает. Курит около 15 лет по 1 пачке/сутки.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, ясные. Пульс 92 удара/мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. ЧД – 20/мин. Грудная клетка нормостенического типа, справа отстает в акте дыхания, голосовое дрожание и бронхофония над S2-3 справа усилены. Перкуторно над верхней долей правого легкого определяется тимпанический перкуторный звук, здесь же выслушивается усиленное бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком, единичные крупнопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0см. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 96г/л, L – 13,2x10<sup>9</sup>/л, э-1, п-14, с-72, л-8, м-5, СОЭ-48мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 4,6 ммоль/л; мочевины 6,3 ммоль/л; билирубин общий 30,5 ммоль/л; ALT – 58 ЕД/л; AST –75 ЕД/л; фибриноген – 6580; ПТИ – 85%. Анализ мокроты: гнойная. КУМ не обнаружены. Лейкоциты сплошь (с/я-92%, л-8%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги 10 - 12. Микробиологическое исследование мокроты: с какими наиболее вероятными возбудителями связано развитие данного заболевания. Р-графия органов грудной клетки: справа в верхней доле полость 5-6см в диаметре с уровнем жидкости, вокруг обширная гомогенная инфильтрация легочной ткани средней интенсивности без четких границ. Правый корень реактивный. Тень сердца расположена срединно.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой возбудитель является наиболее вероятным в данном случае.
3. Назначьте лечение.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №17**

Больная В., 60 лет, поступила в клинику с жалобами на сухой кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, лихорадку до 39°C, ознобы, сердцебиение. Заболела 2 недели назад, когда появился кашель, повысилась температура тела до фебрильных цифр. Принимала жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось. Неделю назад обратилась в поликлинику, назначен амоксиклав 625мг 3 раза/сутки, без эффекта. Оставалась лихорадка, кашель, присоединилась одышка при умеренной физической нагрузке. Была проведена смена антибактериальной терапии, назначен ципролет 500мг 2 раза/сутки. Сохранялись прежние жалобы, в связи с чем больная направлена в стационар. Из анамнеза выяснено, что в течение 26 лет страдает ревматоидным артритом. Получает метотрексат в дозе 15мг еженедельно, делагил 1таб./сутки ежедневно, антицитокиновую терапию ремикейд 200мг (последний сеанс месяц назад). Последний месяц больная самостоятельно прекратила прием лекарственных препаратов.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы деформированы, кожные покровы над ними не изменены. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, приглушены. Пульс 110 ударов/мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. ЧД – 24/мин. при разговоре. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно над нижними долями легких определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, над зоной притупления определяется крепитация. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 112г/л, L – 4,0x10<sup>9</sup>/л, э-1, п-4, с-48, л-46, м-1, СОЭ-50 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 3,7ммоль/л; мочевины 8,6ммоль/л; билирубин общий - 12,0ммоль/л; ALT – 84ЕД/л; AST – 140ЕД/л; ревматоидный фактор - отр; серомукоид – 0,78, общий белок – 70г/л; сиаловые кислоты – 1,0; фибриноген – 4210; ПТИ – 100%. Анализ плевральной жидкости: белок 27г/л, проба Ривольта положительная, КУМ не обнаружены. Густо в поле зрения скопления клеток мезотелия с умеренной пролиферацией. Лейкоциты 7 - 8 (с/я - 8%, л - 92%). Анализ асцитической жидкости: в поле зрения клетки мезотелия с умеренной пролиферацией. Лейкоциты 15 - 20 (с/я - 88%, л - 12%). R–графия ОГП: справа в нижнем поясе участки малоинтенсивной инфильтрации легочной ткани без четких границ. В латеральных синусах с обеих сторон минимальное количество выпота. Корни малоструктурные, не расширены. Тень сердца расположена срединно. R–графия ОГП через неделю: динамика отрицательная. Справа в нижнем поясе остаются участки малоинтенсивного затемнения инфильтративного характера. Количество выпота в плевральных полостях увеличилось до заднего отрезка VIII ребра. Компьютерная томография

легких, органов брюшной полости и малого таза: признаки полисерозита: выпот в брюшной полости, полости малого таза, плевральных полостях (слева около 1,5 литров, справа 500мл).

1. Какая основная причина развития плеврита у данной пациентки.
2. Какие показатели, имеющие диагностическое значение, не были выявлены и учтены в анализе плевральной жидкости.
3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №18**

Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, нарастающую одышку, лихорадку в течение 2 суток до 39°C.

Из анамнеза: Заболел около 1 месяца назад. Появилась слабость, субфебрильная температура тела, ухудшился аппетит, похудел на 5 кг, снизилась работоспособность, периодически возникала боль в грудной клетке слева при дыхании. Обратился в поликлинику. При рентгенологическом исследовании ОГП патологических изменений не выявлено. Был выставлен диагноз межреберная невралгия слева. На фоне лечения НПВС состояние улучшилось: температура тела нормализовалась, болевой синдром купирован, уменьшилась слабость. Два дня назад острое ухудшение состояния. Доставлен СМП.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, громкие. Пульс 100 ударов/мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. ЧД – 24/мин. При осмотре отмечается выбухание и отставание левой половины грудной клетки при дыхании, межреберные промежутки слева сглажены. Голосовое дрожание и бронхофония слева над нижней долей отсутствует. Перкуторно над нижней долей левого легкого определяется абсолютная тупость. Здесь же при аускультации дыхание не проводится. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 122г/л, L – 9,8x10<sup>9</sup>/л, э-3, п-8, с-51, л-36, м-2, СОЭ-12 мм/час. Биохимический анализ крови: без особенностей. Анализ плевральной жидкости: относительная плотность – 1,8; белок 38г/л, проба Ривальта положительная. ЛДГ – 2,1 ммоль/(л·ч). Отношение ЛДГ выпота к ЛДГ крови – 1,0. В поле зрения единичные мезотелиальные клетки. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 9- 10 (с/я - 4%, л - 96%). R-графия ОГП: слева в нижнем поясе гомогенное затемнение до уровня IV ребра с косой верхней границей. Органы средостения смещены вправо.

1. Какая наиболее вероятная причина плеврального выпота.
2. Какой характер носит плевральный выпот (транссудата или экссудата).
3. Ваша тактика ведения данного пациента.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №19**

Больная М., 77 лет, поступила в клинику с жалобами на частый сухой кашель, одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, эпизоды кровохарканья, отеки нижних конечностей. Из анамнеза выяснено, что в течение многих лет страдает ИБС. 5 лет назад перенесла крупноочаговый инфаркт миокарда. Через год впервые возникло нарушение ритма: фибрилляция предсердий. Около 20 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм.рт.ст.. Данное ухудшение в течение 2-3 недель, когда стала замечать постепенное усиление одышки, появление отеков стоп, а затем голеней. Последние 2 ночи не может спать в горизонтальном положении из-за усиления одышки и кашля.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, чистые, умеренно влажные. Температура тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Отеки стоп, голеней. Границы сердца расширены влево на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны аритмичные, приглушены. ЧСС 130/мин. Пульс 110 ударов/мин. Дефицит пульса 20 ударов. АД – 170/100 мм.рт.ст. ЧД – 24 в минуту. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно над нижней долей справа определяется укорочение перкуторного звука, здесь же резко ослабленное везикулярное дыхание. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень + 3,0 см из-под края реберной дуги. Стул оформленный. Диурез снижен.

Кл. анализ крови: Нв – 128г/л, L – 10,5x10<sup>9</sup>/л, э-2, п-4, с-59, л-34, м-1, СОЭ-30 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 6,7ммоль/л; мочевины 10,6ммоль/л; билирубин общий - 27,0ммоль/л; ALT – 65ЕД/л; AST – 50ЕД/л; общий белок – 62г/л; фибриноген – 6210; ПТИ – 115%. Анализ плевральной жидкости: относительная плотность – 0,8; белок 15г/л, проба Ривальта положительная. ЛДГ –1,1 ммоль/(л·ч). Отношение ЛДГ выпота к ЛДГ крови – 0,3. КУМ не обнаружены. Лейкоциты 8- 10 (с/я - 12%, л - 88%). R-графия ОГП: Легочный рисунок обогащен за счет сосудистого компонента. Корни легких расширены, инфильтрированы. Справа в нижнем поясе гомогенное затемнение до уровня VI ребра с косой верхней границей. Тень сердца значительно расширена влево. ЭКГ: ритм фибрилляция предсердий с ЧСС для желудочков 140 в минуту. Рубцовые изменения в переднесептальном отделе левого желудочка. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

1. Какая наиболее вероятная причина плеврального выпота.
2. Какой характер носит плевральный выпот (транссудата или экссудата).
3. Ваша тактика лечения данной пациентки.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №20**

Больная А., 68 лет, поступила в клинику с жалобами на сухой кашель, нарастающую одышку, слабость, похудание, повышение температуры тела до 37,8°C, боли в грудной клетке слева. Из анамнеза выяснено, что 6 лет назад оперирована по поводу рака левой молочной железы, проводилась химиотерапия. После лечения чувствовала себя удовлетворительно. Состояние ухудшилось месяц назад. Появилась слабость, при ходьбе стала беспокоить незначительная одышка, которая постепенно нарастала. Последнюю неделю присоединились боли в левой половине грудной клетке, лихорадка, похудела на 8 кг. Больная доставлена в клинику СМП.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледные, чистые, повышенной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. Левая молочная железа отсутствует. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, приглушены. Пульс 90 ударов/мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. ЧД – 22/мин. При осмотре отмечается выбухание и отставание левой половины грудной клетки при дыхании, межреберные промежутки слева сглажены. Голосовое дрожание и бронхофония слева над всей поверхностью легочного поля резко ослаблены. Здесь же перкуторно определяется абсолютная тупость, при аускультации дыхание не проводится. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Hb – 100г/л, L – 9,5x10<sup>9</sup>/л, э-1, п-9, с-57, л-30, м-3, СОЭ-55 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 5,1ммоль/л; мочевины 9,3ммоль/л; билирубин общий -18,0ммоль/л; ALT – 25ЕД/л; AST – 20ЕД/л; общий белок – 60г/л; фибриноген – 8550; ПТИ – 120%. Анализ плевральной жидкости: получена геморрагическая жидкость; относительная плотность – 1,9; белок 50г/л, проба Ривальта положительная. ЛДГ –2,3 ммоль/(л·ч). Отношение ЛДГ выпота к ЛДГ крови – 1,2. КУМ не обнаружены. Опухолевые клетки не найдены. Умеренное количество мезотелиальных клеток в поле зрения. Лейкоциты 5- 6 (с/я - 28%, л - 72%). Р-графия ОГП: Слева гомогенное затемнение до уровня III ребра с косой верхней границей. Органы средостения смещены вправо. ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия до 100 в 1 минуту.

1. Какая наиболее вероятная причина плеврального выпота.
2. Какой характер носит плевральный выпот (транссудата или экссудата).
3. Ваша тактика лечения данной пациентки.

## *Раздел: Пульмонология*

### **ЗАДАЧА №21**

Больной С., 56 лет находится на лечении в клинике с диагнозом: ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда в переднесептальном отделе левого желудочка с распространением на верхушку. Через 10 дней от начала инфаркта миокарда появились боли в грудной клетке с обеих сторон, повысилась температура тела. Из анамнеза выяснено, что год назад пациент перенес инфаркт миокарда, в то же время при рентгенологическом исследовании определялся выпот в плевральных полостях.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение не вынужденное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца расширены влево. Тоны ритмичные, приглушены. Пульс 70 ударов/мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. ЧД – 20/мин. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены над нижними отделами легких с обеих сторон. Здесь же перкуторно определяется укорочение перкуторного звука, при аускультации дыхание резко ослаблено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Кл. анализ крови: Нв – 135г/л, L – 13,5х10<sup>9</sup>/л, э-1, п-14, с-63, л-21, м-1, СОЭ-38 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 5,1ммоль/л; мочевины 5,2ммоль/л; билирубин общий -27,2ммоль/л; ALT – 48ЕД/л; AST – 52ЕД/л; общий белок – 70г/л; фибриноген – 3880; ПТИ – 100%. Анализ плевральной жидкости: получена серозно-геморрагическая жидкость; относительная плотность – 1,7; белок 38г/л. ЛДГ –1,9 ммоль/(л·ч). Отношение ЛДГ выпота к ЛДГ крови – 1,1. КУМ не обнаружены. Опухолевые клетки не найдены. Лейкоциты 8- 10 (с/я - 48%, л - 52%). R-графия ОГП: В плевральных полостях с обеих сторон скопление выпота до VIII ребра. Тень сердца расширена влево. ЭКГ: закономерная динамика инфаркта миокарда в переднесептальном отделе левого желудочка, области верхушки.

1. Какая наиболее вероятная причина плеврального выпота.
2. Какой характер носит плевральный выпот (транссудата или экссудата).
3. Ваша тактика лечения данной пациентки.

## ***Раздел: Анемии***

### **Задача №22**

Больная 65 лет поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение «ватных ног». Больна в течение одного года.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Одутловатость лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 26 в 1 минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 104 в 1 мин., АД 100 и 70 мм.рт.ст. Язык сухой, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

В анализе крови: Hb-50 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ , ЦП-1,3, лейкоц.- $2,5 \times 10^9$ , эоз.-1%, п/я-4%, с/я-38%, лимф.-42%, мон.-11%, тром.- $70 \times 10^9$ , СОЭ-40 мм/час, билирубин-34 мг/л за счет непрямого.

1. Гематологическая характеристика анемии?
2. Чего не хватает в анализе крови?
3. Вероятный диагноз анемии?
4. Что ожидается в миелограмме?

## ***Раздел: Анемии***

### **Задача №23**

Больная 56 лет. Жалобы на слабость и одышку в течение 2 месяцев. Иногда отмечает головокружение, полубморочное состояние.

Из анамнеза: язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная повторным кровотечением; гипертоническая болезнь, МКБ – последний приступ почечной колики 5 лет назад.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные и субиктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в 1 минуту. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 88 уд. в 1 мин., АД 160 и 90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не пальпируются.

На ФГДС: овальная, резко очерченная с высокими краями в виде вала язва, размером 0,5 см., дно покрыто кровянистым налетом.

Анализ крови: Hb-82 г/л, эр.- $2,4 \times 10^{12}$ , Ht-25%, ретик.-18%, лейкоц.- $15,5 \times 10^9$ , нейтр.-85%, тром.- $30 \times 10^9$ .

1. Дайте оценку гемограммы?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваши назначения?

## *Раздел: Анемии*

### **Задача №24**

Больная 63 года, обратилась с жалобами на общую слабость и одышку при ходьбе, постепенно нарастающие в течение нескольких месяцев.

Анамнез без особенностей. Питание достаточное, вредных привычек нет.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Бледность и субиктеричность кожных покровов и видимых слизистых. Седые волосы. Язык гладкий, красный. Отеков нет.

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в 1 минуту. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 94 уд. в 1 мин., АД 140 и 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Анализ крови: Hb-83 г/л, эр.- $2,3 \times 10^{12}$ , Ht-25%, ретик.-2%, лейкоц.- $3,5 \times 10^9$ , нейтр.-85%, тром.- $30 \times 10^9$ , анизопойкилоцитоз, полисегментированные нейтрофилы.

Железо сыворотки крови – 27 мкмоль/л.

Общий билирубин – 32 мкмоль/л, непрямой – 27 мкмоль/л.

Проба Кумбса отрицательная.

1. Диагноз?
2. Какие особенности морфологии эритроцитов могут быть обнаружены?
3. Какие неврологические изменения?
4. Особенности миелограммы?
5. Тактика лечения?

## ***Раздел: Анемии***

### **Задача №25**

Больная 44 года. Около 5 лет назад стала отмечать нарастающую общую слабость, утомляемость на работе, в последние 3 года – обильные и длительные менструации.

Из анамнеза: 14 лет работала моляром, имела контакт с ароматическими углеводородами, включая бензол.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Больная пониженного питания: рост -172 см, вес -56 кг, ИМТ<17 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, имеются экхимозы, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в 1 минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 100 и 70 мм.рт.ст. ЧСС 96 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, при пальпации безболезненна.

В анализе крови: Hb-88 г/л, эр.- $3,3 \times 10^{12}$ , ЦП-0,85, ретик.-2%, тром.- $150 \times 10^9$ , лейкоц.- $4,6 \times 10^9$ , эоз.-8%, п/я-3%, с/я-37%, лимф.-44%, мон.-8%, СОЭ-36 мм/час. Сывороточное железо – 28 мкмоль/л.

1. Дайте гематологическую характеристику анемии?
2. Вероятная причина заболевания?