

Задача №1.

Пациент П., 64 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения умеренной интенсивности в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, аспирин. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.

Пациент бывший военнослужащий, в настоящее время на пенсии, работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5 – 2 пачки сигарет в день. Периодически (2-3 раза в год) после переохлаждения или ОРВИ отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в последние 2 года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела – 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое – 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, лучше слышны на выдохе, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 102 в мин., АД – 118/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 156 г/л; Эритроциты – $5,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $14,4 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 32 мм/ч.

В анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грам-положительные диплококки.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяется участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

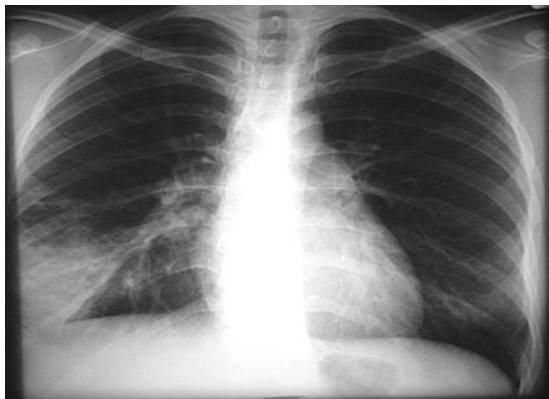
Задача №2.

Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе – артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяется участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия (ЧСС 100-110 в мин., определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту), АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

В анализах крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb – 116 г/л, ЦП – 0,85, лейкоциты – $18,6 \times 10^9/л$ тыс./мкл (п/я – 4%, с/я – 80%, лимфоциты – 12%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 2%), СОЭ – 46 мм/ч, СРБ - +++; pO_2 – 58%, pCO_2 – 34%. В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в п/зр., эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Грамму обнаружены грамположительные диплококки. В анализах мочи – уд.вес 1018, следы белка, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр

Рентгенограмма органов грудной клетки представлена ниже:



Задача №3.

У пациента К., 72 лет, находящегося в урологическом стационаре по поводу аденомы предстательной железы, на 4 сутки после цистостомии отмечено повышение температуры тела максимально до 38,9°C, с ознобом, что сопровождалось выраженной слабостью, одышкой, учащенным сердцебиением.

Пациент курит в течение 50 лет по 1 пачке сигарет в день, в течение 20 лет страдает артериальной гипертонией, в течение 15 лет – сахарным диабетом 2 типа, последние 4-5 лет отмечает приступы стенокардии напряжения, соответствующие ПФК.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Число дыхательных движений в покое 30 в минуту. При пальпации грудной клетки умеренно выраженная болезненность в паравerteбральных точках, перкуторный звук коробочный, слева ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В этой же области определяется усиление голосового дрожания, бронхофония проводится. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, слева ниже угла лопатки определяется зона влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, тахикардия (до 110 – 115 ударов в минуту), мягкий систолический шум на верхушке, АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. Область цистостомического дренажа не изменена, моча отходит свободно, обычного цвета. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено. В анализах крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 151 г/л, ЦП – 0,83, лейкоциты – $16,4 \times 10^9/л$ (п/я – 4%, с/я – 80%, лимфоциты – 12%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 2%), СОЭ – 42 мм/ч, СРБ - +++. В анализах мочи (по дренажу) – уд.вес 1018, белок – 0,023 ‰, сахара - нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр. Пациенту выполнена рентгенография органов грудной клетки.



о

Задача № 4

Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5 С.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст,

В общем анализе крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - $10 \times 10^9/л$ (п/я - 5%, с/я - 57%, лимф. - 27%, моноц. - 8%, эоз - 3%), СОЭ - 23 мм/ч. В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в п/зр., макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы - не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ1 - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%.

Задача № 5

Пациент П., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с большим количеством мокроты зеленого цвета, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,5 С. Из анамнеза известно, что пациент работает почтальоном в сельской местности, испытывает частые переохлаждения. Последние 20 лет выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Кашель беспокоит давно, однако пациент не обращал на него внимания, так как он возникал только по утрам и мокрота выделялась в виде нескольких плевков белого цвета. В дальнейшем количество мокроты увеличилось, она стала приобретать желтовато-зеленоватый оттенок. Весной и осенью в течение последних 5 лет возникают обострения заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр и увеличением количества мокроты. На фоне проведения антибиотикотерапии состояние улучшалось в течение 7-10 дне, применяет отхаркивающие средства. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 2 дней, когда вновь усилился кашель с отхождением большого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,7 С.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,7 С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации - жесткое дыхание, сухие жужжащие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 20 в мин. ЧСС - 82 в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритро. - $5,0 \times 10^{12}/л.$, Нв - 151 г/л, Лейкоциты - $12,0 \times 10^9/л.$, п/я - 6%, с/я - 72%, лимф. - 11%, моноц - 9%, эоз. - 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 100 в п/зр, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, умеренное повышение воздушности легочной ткани, стенки бронхов уплотнены, корни расширены, умеренный пневмосклероз. ФВД; ЖЕЛ - 76%, ОФВ1 - 72%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 74%, МОС 75 - 65%, после ингаляции беротека - ОФВ1 - 77%, МОС 25 - 74%, МОС 50 - 80%, МОС 75 - 76%.

Задача № 6

Пациентка 33 лет, преподаватель начальной школы, жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и сохраняется в течение 2-3 месяцев в течение последних 5 лет. На этом фоне сохраняется субфебрильная температура тела 37,1-37,2 С, слабость, потливость. Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, температура тела 37,1С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в мин. ЧСС - 70 в мин. АД - 110 и 70 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроц. - $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л. Лейкоциты - $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 43%, лимф. - 45%, моноц - 7%, эоз. — 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 20-30 в п/зр, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, 0ФВ1 - 82%, МОС 25 - 94%, МОС 50 - 82%, МОС 75 86%.

Задача №7.

Пациентка М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери пациентки пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ у пациентки длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии пациентка поступила в клинику.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации дыхание жесткое с удлиненным выдохом, выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, лучше слышны на выдохе. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,79; лейкоц. $8,0 \times 10^9/л$; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ₁ 55%; МОС₂₅ 66%; МОС₅₀ 42%; МОС₇₅ 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ 84%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 59%; МОС₇₅ 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Задача №8.

Пациент К., 27 лет, по профессии маляр, поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры пациента – аллергический дерматит. Сын пациента (3 года) страдает экссудативным диатезом. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на новокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, пациент самостоятельно начал принимать ампициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении: Состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный, при топографической перкуссии верхние границы легких: впереди на 5 см выше ключиц, сзади – выше уровня VII шейного позвонка, нижние границы – ниже на 1 ребро от нормы. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: Нв 120 г/л; эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; лейкоц. $4,5 \times 10^9$ /л; п/я 3%; с/я 64%; эоз. 13%; лимф 20%; мон. 2%; СОЭ 10 мм /час. Ан. мокроты общий: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких – свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ₁ – 53%; МОС₂₅ – 68%; МОС₅₀ – 54%; МОС₇₅ – 24%; ОФВ₁/ФЖЕЛ – 82%.

Задача №9.

Пациент В., 32 лет обратился в приемное отделение клиники 15 февраля с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле.

Заболел остро 7 дней назад, когда внезапно повысилась температура тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, появилась головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие (аспирин, парацетамол) без существенного эффекта. На третий день заболевания появился насморк, небольшие боли при глотании. Через 5 дней болезни температура снизилась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого – выслушивается интенсивный скребущий шум на вдохе и выдохе, усиливается при плотном прижатии фонендоскопа. АД=110/70 мм рт. ст., ЧСС = 120 уд/мин, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты — $13,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 28%, лимфоциты — 53%, СОЭ — 28 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Задача №10.

Пациентка М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель с затрудненным отхождением мокроты, повышение температуры тела.

Из анамнеза известно, что неделю назад у пациентки после переохлаждения отмечено повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, кашель с небольшим количеством светлой мокроты. Самостоятельно принимала жаропонижающие, отхаркивающие препараты, несмотря на что сохранялись лихорадка и кашель. На пятый день болезни стала нарастать одышка, появились резкие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, в дальнейшем их интенсивность значительно уменьшилась.

При осмотре обращает внимание отставание левой половины грудной клетки при дыхании, слева над нижней долей притупление перкуторного звука, резкое ослабление дыхательных шумов в нижних отделах левого легкого. АД = 120/80 мм рт. ст. ЧСС = 115 уд./мин, пульс ритмичный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови: лейкоциты — $16,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные — 12%, сегментоядерные — 70%, СОЭ — 43 мм/ч. На рентгенограмме в проекции нижних отделов левого легкого определяется гомогенное затемнение с не вполне четкой, скошенной книзу и кнутри верхней границей, находящейся на уровне переднего отрезка 4 ребра; тень средостения несколько смещена в правую сторону.