

Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Пульмонология».
Ситуационные задачи

Задача 1.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная С., 65 лет, экстренно госпитализирована из поликлиники в стационар. **Жалобы** на одышку сменного характера, сердцебиение при обычной физической нагрузке, эпизод кровохарканья в виде прожилок крови. **Анамнез заболевания.** Более 5 лет отмечает повышение АД до 150/90 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью. Постоянно принимает лозартан 50 мг, амлодипин 5 мг. «Рабочее» давление 120-130/80 мм рт ст. В течение последнего года отмечает приступы учащенного неритмичного сердцебиения, проходящие самостоятельно или после приема анаприлина 20 мг. Не обследовалась. Резкое ухудшение состояния в течение последних 3 дней – вновь появилось сердцебиение, впервые отметила возникновение одышки при обычных физических нагрузках, слабость, однократно наблюдался эпизод кровохарканья. В связи с этим обратилась к терапевту поликлиники, который экстренно направил пациентку на госпитализацию в стационар. **Анамнез жизни.** Хронические заболевания: варикозное расширение вен нижних конечностей. Не курит, алкоголь отрицает. Профессиональные вредности отрицает. Работает бухгалтером. Аллергоанамнез спокоен. Наследственность: у отца гипертоническая болезнь, ОНМК; у матери сахарный диабет 2 типа. **Объективный статус.** Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ -28 мг/м2. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Пульс 120 в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения, дефицит пульса – 10, АД – 110/70 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в V межреберье. Абсолютная сердечная тупость в пределах нормы. Тоны сердца равномерно приглушены, аритмичные, акцент II тона на легочной артерии. ЧД- 25 в минуту. Голосовое дрожание не изменено, симметрично. Перкуторный тон ясный, легочный. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги по срединноключичной линии справа. Варикозно расширенные вены нижних конечностей, периферических отеков нет.

Развернутый общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	125
Лейкоциты, 10х9/л	4,00 - 9,00	7,6
Эритроциты, 10х12/л	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, 10х9/л	150,0 - 320,0	390,0
Эозинофилы,%	1- 5	3
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1 - 6	4
Нейтрофилы сегментоядерные%	47 - 72	73
Лимфоциты, %	19 - 37	19
Моноциты, %	2 - 10	3
Базофилы,%	0 - 1	0
СОЭ , мм/ч	2 - 15	20

Биохимический анализ крови

Название, мера измерения	Норма	Результат
Общий белок, г/литр	60-85	71
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5-20,5	20
АСТ ед/л	< 31	39
АЛТ, ед/л	< 35	34
ЛДГ Ед/л	135-225	200
Глюкоза ммоль/л	3,8 – 6,3	5,1
Мочевина ммоль/л	2,8 – 7,2	6,2
Креатинин мкмоль/л	62 - 120	99
Холестерин, ммоль/л	3,5-5,5	5,7
СРБ мг/л	0-5	80

Д-димер 6000 нг/мл (норма менее 243)

Компьютерная томография легких: инфаркт-пневмония правого легкого.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧС 120 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Эхокардиография: уплотнение стенок аорты, незначительная гипертрофия миокарда левого желудочка, расширение левого предсердия (диаметр левого предсердия 46 мм), зон гипокинеза не выявлено, сократительная способность не снижена. Умеренная дилатация правого желудочка. Давление в легочной артерии – 37 мм рт ст.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного инструментального обследования больного. Обоснуйте.

3. Определите тактику лечения пациента. На чем основан выбор антитромботического лечения пациента?

4. Назовите показания для тромболитика при ТЭЛА, оптимальные сроки

5. Назовите показания и сроки продлённой терапии антикоагулянтами у больных, переживших ТЭЛА.

Задача 2.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 60 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение из поликлиники. Жалобы: на усиление одышки, появление гнойной мокроты.

Анамнез заболевания: Считает себя больным около 10 лет, когда появилось ощущение одышки, которая постепенно нарастала. В анамнезе около 15 лет кашель с мокротой по утрам и при простуде по 3-4 месяца в году. Принимал беродуал, теопек. Ночью почувствовал, что начинает задыхаться. Утром обратился в поликлинику и был направлен в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни: Хронические заболевания отрицает; курит, алкоголем не злоупотребляет. Индекс курящего человека 30 пачка/лет; профессиональные вредности: с 16 лет работал в кинопрокате 10 лет, затем 7 лет в типографии, в дальнейшем на телестудии проявщиком; аллергических реакций не было.

Объективный статус: Состояние: удовлетворительное, положение активное. Отеков нет. Лимфоузлы не пальпируются. Форма грудной клетки бочкообразная. Повышенная ригидность грудной клетки. Число дыханий 22 в минуту. Нижние границы легких по среднеключичной линии на уровне 7-го ребра, по задней подмышечной – 9 ребра, по лопаточной – 11 ребра. На момент осмотра: ослабленное жесткое дыхание, хрипов нет. При перкуссии коробочный звук, одинаковый на симметричных участках. Подвижность нижнего легочного края в фазу вдоха 3 см, в фазу выдоха - 1 см. Бронхофония ослаблена

над всей поверхностью легких. Голосовое дрожание не изменено. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС 96 в мин. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, розового цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненная, размеры по Курлову: 12х9,5х8 см. Селезенка не пальпируется.

Рентгенография легких в двух проекциях: рисунок деформирован, усилен. Корни уплотнены, расширены. Инфильтрации легочной ткани не выявлено. Синусы свободные. Заключение: признаки пневмосклероза, эмфиземы.

Спирометрия:

Показатели	Исходно % от должной величины	После бронхолитика % от должной величины	% изменений
ЖЕЛ (VC) (л)	70	70	0
ФЖЕЛ (FVC) (л)	59	63	+7
ОФВ1 (FEV1) (л)	36	36	0
ОФВ1/ЖЕЛ	51	50	0
ОФВ1/ФЖЕЛ	63	59	-7

Шкала mMRC: 3 балла

1. Сформулируйте диагноз
2. Обоснуйте диагноз
3. Дыхательная недостаточность, легочная гипертензия.
4. Препараты из каких лекарственных групп необходимо назначить пациенту с обострением ХОБЛ?
5. Что показано пациентам с ХОБЛ в качестве профилактики обострений заболевания?

Задача 3.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 65 лет госпитализирована. Жалобы на кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета, повышение температуры тела до 38,2°C, одышку при незначительной физической нагрузке, учащённое сердцебиение, отёки ног, озноб, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания: Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость. Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы. С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка. С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия. Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус: Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°C. Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 28,8 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту.

АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Показатель сатурации SaO₂ – 95%.**

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	16,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	10	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	52	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	32	м. 2-10 ж. 2-15

Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	жёлтый	бесцветный
Характер	гнойный	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	30-35 в п/зр.	нет
Эритроциты	4-5 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет

Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	нет	

Рентгенография органов грудной клетки: нижних полях обоих лёгких определяются участки инфильтрации легочной ткани неоднородной структуры, состоящие из сливающихся полиморфных очагов с нечеткими контурами.

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю – Нильсену) микобактерий туберкулёза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (*Streptococcus pneumoniae*).

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте диагноз.

3. В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение ингибиторзащищённого аминопенициллина, при недостаточности антибактериальной терапии провести её коррекцию с учетом данных микробиологического исследования мокроты.

4. Назовите критерии достаточности антибактериальной терапии.

5. Какие сопутствующие заболевания имеются у данной пациентки?

Задача 4.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 23-х лет направлена к пульмонологу участковым терапевтом.

Жалобы на приступообразный кашель, сопровождающийся свистящим дыханием, отхождением небольшого количества стекловидной прозрачной мокроты в конце приступа, возникающий при воздействии резких запахов, заложенность носа.

Анамнез заболевания. Отмечает появление кашля в конце весны на протяжении последних трех лет. Ранее в течение 5 лет в этот период времени беспокоила заложенность носа, обильные выделения из носа, зуд, слезотечение и покраснение глаз. Обследована в аллергоцентре – выявлена сенсibilизация к пыльце березы. Лечилась самостоятельно (принимала лоратадин в весеннее время). Приступы кашля, появившиеся в этот период времени 3 года назад, возникали нечасто, никуда в связи с этим не обращалась. В начале мая (три недели назад) вновь появилась ринорея, симптомы конъюнктивита, приступы кашля стали возникать до 3-х раз в неделю днем, дважды за это время просыпалась ночью из-за кашля, сопровождавшегося свистящим дыханием. Обратилась к терапевту, который направил пациентку на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 1 – 2 раза в год. Работает продавцом в продовольственном магазине. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез: после употребления клубники, орехов – крапивница. Наследственность: у тети по линии матери бронхиальная астма. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Гинекологический анамнез: менструальный цикл не нарушен, имеется фибромиома матки (наблюдается у гинеколога), беременность 1, роды 1. Дочь 2 лет, здорова.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 164 см, ИМТ 32 кг/м². Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В зеве чисто, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный звук

ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют. Во время приема в кабинет вошла медсестра, от которой резко пахло духами. Пациентка начала кашлять. При аускультации зафиксировано появление сухих свистящих хрипов в легких. Приступ был купирован ингаляцией сальбутамола.

Результаты лабораторных методов исследования

Развернутый общий анализ крови

Наименование(ед.изм.)	Нормы	01.08.19
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	140,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	45,9
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4,00 - 9,00	6,50
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	150,0 - 320,0	250,0
Ср.объем эритроцита, фл	80,0 - 97,0	89,1
Ср.содерж.гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	30,7
Ср.конц.гемоглобина, г/л	330 - 360	340
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	20
Моноциты, %	2,0 - 10,0	10,0
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	61,0
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	8,5
Базофилы,%	0,0 - 1,0	0,5
СОЭ, мм/ч	2 - 20	10

Определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

28 ppb (норма <25 ppb)

Исследование индуцированной мокроты

количество	скудная
цвет	желтый
консистенция	вязкая
характер	слизистая
примеси	отсутствуют
лейкоциты	40-50 в поле зрения
эритроциты	не обнаружены
эозинофилы	10 – 15 в поле зрения
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	не обнаружен
эластичные волокна	отсутствуют
Спирали Куршмана	единичные

Кристаллы Шарко-Лейдена	единичные	
Другие микроорганизмы	нет	
Кислотоустойчивые микобактерии	отсутствуют	
Результаты инструментального метода обследования		
Спирометрия с бронходилатационным тестом		
показатель	Результат %	После ингаляции сальбутамола %
ФЖЕЛ	90	93
ОФВ1	82	90
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	80	96
МОС 25	78	80
МОС 50	78	82
МОС 75	76	83
Данных за нарушение вентиляционной способности легких не получено. Проба с бронхолитиком - отрицательная		
1. Установите диагноз		
2. Обоснуйте диагноз.		
3. Что следует назначить пациентке в качестве базисной терапии? Когда проводить контроль и оценку динамики заболевания?		
4. Альтернативным (либо дополнительным) препаратом для контроля БА у данной пациентки может быть? Обоснуйте выбор.		
5. В каких условиях пациентка должна получать лечение? Назовите сроки временной нетрудоспособности.		

Задача 5.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка С., 52 лет, водитель троллейбуса. Доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. **Жалобы** на выраженную общую слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,8°C, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе и кашле, одышку в покое. **Анамнез заболевания** Заболела остро 5 дней назад, когда после переохлаждения (попала под дождь) появился озноб, повысилась температура тела до 39,3°C, стала беспокоить одышка, два дня назад появились боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты. Лечилась дома самостоятельно, принимала ингавирин, аспирин, аскорил, амоксициллин. В связи с усилением одышки вызвала скорую помощь. **Анамнез жизни.** Курит 1/2 пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь употребляет редко, по большим праздникам. Аллергологический анамнез отягощен: на мед и его продукты - крапивница. Наследственность по легочной патологии не отягощена. За пределы области за последний год не выезжала. Контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, гемотрансфузии, вирусные гепатиты отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, около 5 лет гипертоническая болезнь 2 степени (адаптирована к АД 150/80 мм рт. ст.), регулярно принимает эналаприл и индапамид.

Объективный статус. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Пациентка сонлива. Лежит с приподнятым головным концом. Кожные покровы чистые, правая щека гиперемирована, герпетические высыпания на губах, цианоз носогубного треугольника. Температура тела – 39,0°C.

Число дыханий 28 в минуту. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука,

над зоной притупления - голосовое дрожание усилено, при аускультации - дыхание бронхиальное, выслушивается крепитация в нижних отделах справа, на ограниченном участке - шум трения плевры. SpO₂ 88 %. Пульс 110 в минуту, слабый. АД 80/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9x8x7 см. Стул, диурез без особенностей.

Развернутый клинический анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	
Гемоглобин, г/л	130,0 - 150,0	110,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	30,2
Лейкоциты, x10 ⁹ /л	4,00 - 9,00	4,0
Эритроциты, x10 ¹² /л	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, x10 ⁹ /л	150,0 - 320,0	210,0
Ср.объем эритроцита, фл	80,0 - 97,0	90,0
Ср.содерж.гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	28,7
Ср.конц.гемоглобина, г/л	330 - 360	310
Лимфоциты, x10 ⁹ /л	1,20 - 3,50	2,38
Моноциты, x10 ⁹ /л	0,10 - 1,00	0,50
Гранулоциты, x10 ⁹ /л	1,20 - 7,00	9,9
Нейтрофилы, x10 ⁹ /л	2,04 - 5,80	9,5
Эозинофилы, x10 ⁹ /л	0,02 - 0,30	0,01
Базофилы, x10 ⁹ /л.	0,00 - 0,07	0,03
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	10,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	2,0
Гранулоциты, %	42,00 - 80,00	88,7
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	98,0
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	1,0
Базофилы,%	0,0 - 1,0	0,5
СОЭ, мм/ч	2 - 20	50

Биохимический анализ крови

Название, мера измерения	Норма	Результат
Общий белок, г/литр	60-85	71
Альбумины, г/л	35-50	43
Фибриноген, г/л	2-4	2,7
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5-20,5	16
Калий ммоль/л	3,35 - 5,35	4,5
Натрий ммоль/л	130 - 155	140
Аспартатаминотрансфераза ед/л	< 31	24
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	32
Глюкоза ммоль/л	3,8 - 6,3	5,2
Мочевина ммоль/л	2,8 - 7,2	6,8
Креатинин мкмоль/л	62 - 120	86
Холестерин, ммоль/л	3,5-5,5	4,2

Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови

108 мг/л (N: 0-5 мг/л) Микробиологическое (культуральное) исследование мокроты Посев роста не дал. Электрокардиография в стандартных отведениях: Ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. ЧСС = 110/мин. Единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и правой боковой проекциях: интенсивное гомогенное затемнение нижней доли правого легкого. Корни не структурны, расширены.
1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите критерии тяжелого течения пневмонии Американского торакального общества, 2007 г
4. Требуется ли в данной клинической ситуации пациентке кислородная поддержка? Каким методом? Целевые значения сатурации?
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности, МЭС.

Задача 6.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ								
<p>Пациент В. 72 лет, обратился к врачу-терапевту. Жалобы: Кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, периодически с прожилками алой крови, одышка смешанного типа при обычной физической нагрузке, общая слабость, быстрая утомляемость.</p> <p>Анамнез заболевания. Пациент в течение 20 лет курил по 1 пачке сигарет в день, на фоне чего отмечал кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В течение последних 5 лет стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки смешанного типа при незначительных физических нагрузках, периодическое появление кашля со слизисто-гнойной мокротой, повышенную утомляемость. Самостоятельно принимал отхаркивающие препараты со временным эффектом. В течение последнего месяца отметил появление надсадного кашля в ночное время с прожилками алой крови в мокроте, общую слабость, в связи с чем обратился к врачу</p> <p>Анамнез жизни. Курит по 1 пачке сигарет в день, на протяжении 20 лет, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности: работал военнослужащим (отмечал периодический контакт с неионизирующим излучением в течение 5 лет), аллергических реакций не было, наследственность не отягощена, перенесенные заболевания: в течение последних 2 лет трижды перенес тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Объективный статус. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ-27 кг/м². Кожные покровы обычного цвета, чистые, повышенной влажности, температура тела 36,90 С. Отмечается утолщение концевых фаланг пальцев кисти по типу «барабанные палочки». Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД - 22 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно над легкими – определяется коробочный звук, справа в верхних отделах – притупление перкуторного звука. При аускультации - дыхание жесткое, справа в верхних отделах ослабленное, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы в небольшом количестве. Пульс 84 в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования</p> <p>Клинический анализ крови</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Референсные интервалы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин г/л</td> <td>110</td> <td>130-160</td> </tr> </tbody> </table>			Показатель	Результат	Референсные интервалы	Гемоглобин г/л	110	130-160
Показатель	Результат	Референсные интервалы						
Гемоглобин г/л	110	130-160						

Эритроциты x 10 ¹² /л	3,7	3,7-4,7
Лейкоциты x10 ⁹ /л	8,2	4,5-10
Сегментоядерные %	65%	47-72
Палочкоядерные %	5%	1-5
Эозинофилы %	3%	0-5
Лимфоциты %	27%	18-40
Моноциты %	3%	2-9
Тромбоциты x10 ⁹ /л	380	180-320
СОЭ мм/ч	42	1-15

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Референсные интервалы
АЛТ МЕ/л	39	0-41
АСТ МЕ/л	29	0-40
ЛДГ Ед/л	220	135-225
глюкоза ммоль/л	5,3	4,1-6,1
холестерин ммоль/л	4,1	2,9-5,2
билирубин общий мкмоль/л	18	0-21
креатинин мкмоль/л	99	62-106
мочевина ммоль/л	6,3	3-8
общий белок мг/л	68	64-83
С-реактивный белок мг/л	104	0-5

Коагулограмма

Показатель	Результат	Референсные интервалы
протромбиновый индекс %	110	80-105
фибриноген г/л	4,5	2-4
МНО	0,8	0,8-1,25
Д-димер нг/мл	900	менее 243

Рентгенография органов грудной клетки: Определяется ателектаз переднего сегмента верхней доли правого легкого.

Компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием: Отсутствует визуализация просвета правого верхнедолевого бронха, определяется ателектаз верхней доли и опухолевое образование, которое является причиной ателектаза.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, обоснуйте.
4. Назовите паранеопластические синдромы рака легкого.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности, МЭС.

Задача 7.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка, Е., 65 лет на приеме у пульмонолога поликлиники. **Жалобы**
 На общую слабость, приступообразный кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, учащение приступов удушья до 4-х раз в неделю, в том числе ночью, купируемых

ингаляцией беродуала. **Анамнез заболевания**

Диагноз бронхиальной астмы поставлен около 25 лет назад. Состоит на диспансерном учете. В начале заболевания с эффектом принимала интал, приступы легко купировала бронхолитиками (вентолином). Стационарно лечилась однократно в дебюте заболевания, когда и был поставлен диагноз астмы. Около 5 лет к врачу не обращалась. В течение этого времени приступы удушья возникали под влиянием значительной физической нагрузки не чаще 1-2 раз в неделю, купировались ингаляцией беродуала. Ухудшение самочувствия в виде учащения как дневных, так и ночных приступов (до 3-4-х раз в неделю) отмечает в течение двух недель, после перенесенной ОРВИ. **Анамнез жизни.** Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Работала инженером. В настоящее время на пенсии, подрабатывает консьержкой в домоуправлении. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена: мама страдала бронхиальной астмой. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Живет одна. Вдова. Имеет взрослую дочь, дочь здорова. Перенесенные заболевания: в детстве перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, лечилась в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время у фтизиатра не наблюдается. Частые ОРВИ. ГЭРБ в анамнезе. Флюорографию проходит регулярно по месту работы, последний раз – 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных изменений. **Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное. ИМТ = 30 кг/м². Температура 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Дыхание через нос свободное. Зев чистый, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторно над легкими - звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	30.10.2020
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	130,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	45,9
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,00 - 5,70	4,3
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	150,0 - 320,0	240,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	26
Моноциты, %	2,0 - 10,0	2,0
Нейтрофилы п/я, %	1 - 6	3
Нейтрофилы, сегм. %	47,00 - 72,00	65,0
Эозинофилы, %	0,0 - 5,0	4,0
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ, мм/ч	2 - 20	12

Общий анализ мокроты

количество	Скудная
цвет	Желтый
консистенция	Вязкая

характер	Слизистая
примеси	Отсутствуют
лейкоциты	Единичные в поле зрения
эритроциты	не обнаружены
эозинофилы	3 – 4 в поле зрения
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	не обнаружен
эластичные волокна	Отсутствуют
Спирали Куршмана	Нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	Нет
Другие микроорганизмы	Нет
Кислотоустойчивые микобактерии	Отсутствуют
Результаты инструментальных методов обследования	
Спирометрия	
FVC (ФЖЕЛ)	3,60 л (92% от должного)
FEV1 (ОФВ1)	2,38 л (64% от должного)
FEV1/FVC (СОС25-75%)	45% 67%
Проба с бронхолитиком положительна.	
Обзорная рентгенография органов грудной полости: Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений.	
1. Поставьте диагноз.	
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	
3. Что является факторами риска, способствующими развитию и обострению бронхиальной астмы у данной пациентки?	
4. Выберите тактику ведения больного и медикаментозную терапию. Обоснуйте свой выбор.	
5. Когда проводить контроль и оценку динамики заболевания?	

Задача 8.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Пациент С., 61 год, обратился на первичный амбулаторный приём к врачу-пульмонологу. Жалобы: Одышка при умеренной физической нагрузке, вынуждающая делать 1-2 остановки на километровой пешеходной дистанции. Кашель с отделением вязкой слизистой мокроты. Эпизоды дистантных хрипов. Ощущение заложенности в грудной клетке. Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 10 – 15 лет, с постепенным прогрессированием интенсивности жалоб к настоящему времени. Повторные затяжные обострения в течение года на фоне переносимых простудных инфекций, не приводившие к госпитализациям. По своей инициативе к врачу ранее не обращался. Во время профилактических осмотров несколько раз ставился диагноз хронического бронхита. Регулярное лечение не назначалось. При ухудшении самочувствия принимал отхаркивающие средства, а в последние годы, по совету знакомого, стал пользоваться ингаляционным бронхолитиком короткого действия по потребности, до 2 – 3 раз в сутки. Анамнез жизни. В детстве имел место контакт с больным туберкулёзом, после чего получал специфическую химиопрофилактику.</p>

Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственный анамнез: хронический бронхит у отца. Профессия: водитель микроавтобуса. Вредные привычки: курит, индекс табакокурения – 45 пачко-лет. **Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес 65 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧСС 78 в мин., АД 130/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД 18 в минуту. Грудная клетка расширена в передне-заднем направлении. Над лёгкими определяется коробочный перкуторный звук. Аускультативно дыхание ослаблено, выслушиваются единичные свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Общий (клинический) анализ крови

Гемоглобин 152 г/л,
эритроциты $5,5 \times 10^{12}/л$,
лейкоциты $8,6 \times 10^9/л$,
палочкоядерные 1%,
сегментоядерные 66%,
лимфоциты 20%,
моноциты 6%,
эозинофилы 5%,
тромбоциты $280 \times 10^9/л$,
СОЭ 18 мм/час.

Спирометрия с бронходилатационным тестом

Исходные показатели:

ЖЕЛ - 3,58 л, 84,06 % от должного уровня
ФЖЕЛ - 4,79 л, 117,48 % от должного уровня
ОФВ1 - 1,78 л, 53,95 % от должного уровня
ОФВ1/ФЖЕЛ - 37,09 %, 48,82 % от должного уровня
ПОС - 4,26 л/с, 53,41 % от должного уровня
После ингаляции 400 мкг сальбутамола:
ЖЕЛ - 3,71 л, 87,05 % от должного уровня
ФЖЕЛ - 4,43 л, 108,86 % от должного уровня
ОФВ1 - 1,96 л, 59,58 % от должного уровня
ОФВ1/ФЖЕЛ - 44,20 %, 58,17 % от должного уровня
ПОС - 4,59 л/с, 57,44 % от должного уровня

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назовите необходимые характеристики при клинической оценке тяжести ХОБЛ.

3. На чем основывается проведение дифференциальной диагностики ХОБЛ с бронхиальной астмой у пациента? Обоснуйте.

4. Что следует выбрать в качестве стартовой терапии у данного пациента? Обоснуйте.

5. Есть ли показания к длительной кислородотерапии у пациента? Назовите показания к длительной кислородотерапии.

Задача 9.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент 26 лет обратился к врачу-терапевту участковому. **Жалобы** на кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, общую слабость, головную боль. **Анамнез заболевания.** Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость. На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта. **Анамнез жизни.** Рос и

развивался нормально. Работает банковским служащим. Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: отрицает. **Объективный статус.** Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°. Нормостенического телосложения, рост – 176 см, масса тела – 75 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Определяются гиперемия щек, более выраженная справа, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД – 18 в минуту. При проведении физикального обследования определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии

При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в I и II межреберье справа. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 100/65 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции верхней доли правого лёгкого определяется участок инфильтрации однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с междолевой плеврой. В уплотнённом участке визуализируются воздушные просветы бронхов.

Пульсоксиметрия. Показатель сатурации SaO₂ – 98%.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	11,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	10	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	52	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	38	м. 2-10 ж. 2-15

Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки

Запах	нет	нет
Цвет	коричневый	бесцветный
Характер	гнойный	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	30-35 в п/зр.	нет
Эритроциты	10-12 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	нет	нет

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю – Нильсену) микобактерий туберкулёза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (*Streptococcus pneumoniae*).

1. Выделите ведущие синдромы, перечислите их симптомы.
2. Поставьте диагноз.
3. Какие показатели включает Шкала CURB-65 для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения при внебольничной пневмонии?
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение пациенту, обоснуйте выбор.
5. Что является наиболее эффективным средством профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время?

Задача 10.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент А., 66 лет, обратился в частную клинику. **Жалобы** на выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость. **Анамнез заболевания.** Рос и развивался соответственно возрасту. Профессия: не работает. Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность: не отягощена. Вредные привычки: курил в течение 10 лет, не курит более 15 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. **Анамнез жизни.** Болен в течение 4 лет, когда впервые заметил возникновение одышки при физической нагрузке. К врачам не обращался, самостоятельно принимал Эуфиллин. В течение 1 года одышка при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель. **Объективный статус.** Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O₂ - 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких

симметрично с 2 сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот пальпаторно безболезненный

Результаты лабораторного метода обследования

Клинический анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	140,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	46,9
Лейкоциты, 10х9\л	4,00 - 9,00	5,0
Эритроциты, 10х12\л	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, 10х9\л	150,0 - 320,0	300,0
Ср.содерж.гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	30,7
Лимфоциты, 10х9\л	1,20 - 3,50	2,98
Моноциты, 10х9\л	0,10 - 1,00	1,00
Гранулоциты, 10х9\л	1,20 - 7,00	6,9
Нейтрофилы, 10х9\л	2,04 - 5,80	6,2
Эозинофилы, 10х9\л	0,02 - 0,30	0,01
Базофилы, 10х9\л.	0,00 - 0,07	0,03
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	19,3
Моноциты, %	2,0 - 10,0	3,0
Гранулоциты, %	42,00 - 80,00	64,7
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	65,0
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	4,5
Базофилы,%	0,0 - 1,0	0,5
СОЭ , мм\ч	2 - 20	45

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. Определяются диффузные изменения легочной ткани в виде мелкосетчатой (мелкоячеистой) деформации легочного рисунка за счет интерстициального компонента, двухстороннего характера, более выраженные в кортикальных отделах легких. Корни легких расширены. Сердечная тень расположена горизонтально.

Компьютерная томография. На аксиальном срезе определяются диффузные двухсторонние ретикулярные изменения, тракционные бронхоэктазы, мелкие субплевральные воздушные кисты («сотовое легкое»). КТ-картина типичной острой интерстициальной пневмонии

Спирометрия: ФЖЕЛ -78% должного, ОФВ1 - 5,37 - 87%, ОФВ1/ЖЕЛ - 83,0%, Прирост ОФВ1 после ингаляции двух доз сальбутамола – 5% от исходного показателя.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основные признаки обычной интерстициальной пневмонии при компьютерной томографии высокого разрешения.
3. Какие препараты рекомендованы для медикаментозной терапии данного заболевания?
4. Показанием для трансплантации легких у больного может стать гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и снижение ФЖЕЛ на...?
5. Назовите наиболее вероятные осложнения идиопатического легочного фиброза.

Задача 11.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ

Пациент 66 лет госпитализирован в отделение пульмонологии. **Жалобы на** кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, усиливающаяся в положении лежа; общая слабость, потливость, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания. Курил более 40 лет, 1 пачку сигарет в день. Последние несколько лет отмечает кашель с мокротой по утрам, одышку и свистящее дыхание при нагрузках, периодически по ночам. Лечился амбулаторно с диагнозом «хронический бронхит». При затруднении дыхания использовал ингаляции сальбутамола с эффектом. Обострения бронхита 1 – 2 раза в год, как правило, на фоне ОРВИ. 3 месяца назад лечился по поводу обострения заболевания в стационаре. Получал после выписки форадил комби. Ухудшение самочувствия в течение 7 дней на фоне ОРВИ: увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, нарастала одышка, температура до 38 к вечеру. В связи с усилением одышки, из-за которой не мог лежать, сегодня ночью вызвал бригаду скорой помощи, доставившую пациента в стационар. **Анамнез жизни.** Из перенесенных заболеваний отмечает простудные; инфаркт миокарда неуточненного срока давности, диагностированный два года назад. Работал слесарем, в настоящее время – инвалид 2 группы (по ИБС). Алкоголь не употребляет. В течение года не курит. Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность: отец умер от рака легких, мать умерла от инсульта. Социально-бытовые условия удовлетворительные. **Объективный статус.** Состояние ближе к тяжелому. Вес 80 кг, рост 174 см. ИМТ 26,4 кг/м². Температура 37,0°C. Положение ортопноэ. Отмечается небольшой цианоз губ. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлинен, в нижне-боковых отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 104 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень безболезненная, размеры по Курлову 10-9-7. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2 балла (средняя степень выраженности одышки), по САТ 26 баллов. SpO₂ 88%.

Результаты лабораторных методов обследования

Развернутый общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	07.08.19
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	122
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	39
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4,00 - 9,00	10
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	150,0 - 320,0	310,0
Эозинофилы, %	1 - 5	4
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1 - 6	6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	47 - 72	78
Лимфоциты, %	19 - 37	12
Моноциты, %	2 - 10	0
Базофилы, %	0 - 1	0
СОЭ, мм/ч	2 - 15	22

Общий анализ мокроты

количество	скудная
цвет	желто-зеленый
консистенция	вязкая
характер	слизисто-гнойный
примеси	отсутствуют
лейкоциты	30 – 40 в поле зрения
эритроциты	не обнаружены
эозинофилы	не обнаружены
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	ед. в поле зрения
альвеолярный эпителий	не обнаружен
эластичные волокна	отсутствуют
Спирали Куршмана	отсутствуют
Кристаллы Шарко-Лейдена	отсутствуют
Другие микроорганизмы	кокковая флора +
Кислотоустойчивые микобактерии	отсутствуют

Бактериоскопия мокроты

Выявлено в мазке большое количество грамположительных микроорганизмов с типичной морфологией (ланцетовидных грамположительных диплококков – *S. Pneumoniae*)

Обзорная рентгенография органов грудной полости: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Имеется усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента и перибронхиального пневмосклероза, эмфизема. Куполы диафрагмы уплощены.

ЭКГ в 12 стандартных отведениях: Синусовая тахикардия 100 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Рубцовые изменения в передне-перегородочно-верхушечной области (QS в V3-4). Единичная суправентрикулярная экстрасистола

Спирометрия с бронходилатационным тестом: ЖЕЛ – 72% должного, ФЖЕЛ 58%, ОФВ1 – 47%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,63.

Газы артериальной крови: PaCO₂ 46 мм рт.ст., pH 7,34 PaO₂/ FiO₂ 198 мм рт.ст.

Заключение: Нарушение ФВД по смешанному типу: умеренное снижение ЖЕЛ, значительное снижение вентиляционной способности и проходимости мелких бронхов. После ингаляции 4-х доз сальбутамола – прироста ОФВ1 нет, проба отрицательная.

Эхокардиография: Полости сердца не расширены. Умеренно снижена глобальная сократимость миокарда ЛЖ (ФВ 43%). Нарушение локальной сократимости: гипокинезия средних и акинезия верхушечных сегментов межжелудочковой перегородки. Легочная гипертензия 1 ст.

1. Выделите основные синдромы, перечислите их симптомы

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лекарственной терапии пациента.

4. Есть ли у пациента показания к кислородотерапии? Какой режим кислородотерапии показан?

5. Какие дополнительные меры необходимо рекомендовать пациенту для снижения риска обострений?

Задача 12.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ
Больной Б., 24 года, доставлен в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в подмышечную область, под правую лопатку и в верхнюю часть живота, одышку. Боли появились внезапно во время игры в футбол. При поступлении: состояние тяжелое. Диффузный цианоз. Дыхание затруднено, ЧДД-30 в минуту. Тело покрыто холодным потом. Пульс 110 ударов в минуту, нитевидный. Шейные вены набухшие. Справа грудная клетка расширена, межреберья сглажены. При перкуссии легких – коробочный звук. Голосовое дрожание отсутствует справа, дыхание ослаблено. Слева аускультативно - легочный звук, дыхание везикулярное. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.
1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? Обоснуйте.
2. Каковы возможные причины возникновения данного заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз данного состояния.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом.

Задача 13.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У больного К. 40 лет, находящегося в отделении реанимации после тяжелой полостной операции, на 3-и сутки – повышение температуры тела до 39°C, появление кашля с мокротой желтого цвета. ЧДД - 26 в мин. В легких: перкуторно - легочный звук с притуплением в нижних отделах справа. Там же при аускультации - разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 90 в мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушенны, ритмичны. При пальпации живота симптомов раздражения брюшины не выявлено. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – справа неоднородная инфильтрация легкого в S 6-8 с очагами просветления. Общий анализ крови: Эритроциты- $3,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв- 105 г/л, Лейкоциты - $9,0 \cdot 10^9/л$, Палочкоядерные – 9%, Сегментоядерные - 60%, Эозинофилы -2%, Лимфоциты - 20%, Моноциты -9%, СОЭ - 38 мм/ч.
1.Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Предполагаемый возбудитель заболевания?
3. Каковы диагностические стандарты обследования пациентов с данной патологией?
4. Составьте схему эмпирической антибактериальной терапии.
5. Назовите критерии тяжелого течения пневмонии Американского торакального общества, 2007 г.

Задача 14.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной Г., 35 лет. В течение двух недель беспокоит слабость, утомляемость, потливость, одышка, боли в правом боку при дыхании, повышение температуры тела 38,0-38,4°C. При поступлении в приемное отделение: пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм.рт.ст. ЧДД - 28 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При перкуссии легких - интенсивное притупление перкуторного звука справа. При пальпации грудной клетки: голосовое дрожание справа внизу не проводится. При аускультации: дыхание над нижними отделами правого легкого ослаблено. При перкуссии сердца: левая граница сердца смещена влево. Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. В анализе крови: лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 13%, сегментоядерные - 65%,

лимфоциты - 13%, моноциты- 9%, СОЭ - 38 мм/ч.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания?
3. Составьте план обследования
4. Что характерно для туберкулезной этиологии процесса?
5. Назовите основные принципы терапии.

Задача 15.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больная Е., 26 лет, в течение 8 лет страдает бронхиальной астмой. Приступы возникают 1-2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с домашними животными. 2-3 раза в месяц просыпается от ночного удушья. Обострения заболевания отмечаются в осенне-весенний период во время цветения растений. Из анамнеза: бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Спирография: ОФВ1, и ПСВ > 80%; колебания ПСВ 20-30% от должного. Во время приступов больная пользуется сальбутамолом. Объективно: грудная клетка обычной формы, при аускультации дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки.
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Составьте план обследования.
3. Распишите программу лечения и диспансерного наблюдения
4. Целесообразно ли в данном случае проведение гипосенсибилизации?
5. Что является факторами риска, способствующими развитию и обострению бронхиальной астмы у данной пациентки?