

ЗАДАЧА 1

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику в связи с острым заболеванием

Жалобы

- Слабость, утомляемость.
- Приступы удушья на фоне кашля, при выходе на холод, купируется сальбутамолом (1 доза 1 раз в день).
- Приступообразный кашель, утром после подъема с постели, днем на холоде и после физической нагрузки. Утром кашель со скудной мокротой белого цвета, тягучей консистенции.
- Чувство заложенности в груди.

Анамнез заболевания

Больным считает себя около 1 года, когда после перенесенной пневмонии стал отмечать появление приступов сухого кашля.

2 месяца назад переночевав на открытом воздухе, появился озноб, кашель со скудно отделяемой мокротой. На следующий день обратился в поликлинику по месту жительства, где назначили сальбутамол. На фоне проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, жалоб не предъявлял.

Неделю назад произошло ухудшение состояния, появилась слабость, утомляемость. Усилился кашель, мокрота отходила белого цвета, тягучей консистенцией. В связи с этим, повторно обратился в поликлинику.

Анамнез жизни

- Родился доношенным ребенком в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. Окончил среднюю школу. Обучался в ПТУ на водителя, работает шофером по настоящее время.
- Семейный анамнез: в семье 3 человек: он, супруга, дочь.
- Бытовой анамнез: живет в 2-х комнатной квартире общей площадью 44 м² со всеми удобствами, дочь живет отдельно. Личная гигиена соблюдается.
- Перенесенные заболевания: Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, сахарный диабет, бронхиальную астму, онкологические заболевания у себя и близких родственников отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась. ОИМ отрицает, ОНМК отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
- Аллергологический анамнез: на лекарственные вещества, пищевые продукты, предметы бытовой химии, на укусы пчел, комаров, блох, клопов и др. насекомых, растения, пыль не отмечает.

Объективный статус

- Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Телосложение правильное, конституция гиперстеническая. Рост 178 см, вес 98 кг.
- Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Оволосения по мужскому типу. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободные, ограничений нет.
- Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. SpO₂-95%, ЧДД 20 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая. При перкуссии - ясный легочный звук. Аускультация - дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, усиливаются при форсированном выдохе, выдох удлинен.
- Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульс сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен. Частота пульса 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. АД 130/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок определяется на 1 - 1.5 см кнутри от среднеключичной линии. Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме. При аускультации патологии со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы не прослушиваются.
- При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 - 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
- Живот при пальпации безболезненный, стул регулярный, оформленный, печень по краю реберной дуги.

ВОПРОСЫ (для ответа на вопросы использовать НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Необходимые для постановки диагноза лабораторные и инструментальные методы обследования?
2. Интерпретировать данные СПГ (см ниже):
До пробы: ОФВ₁-51%, ФЖЕЛ-80%, ОФВ₁/ФЖЕЛ-74%, после пробы ОФВ₁-74%, ФЖЕЛ-86%, ОФВ₁/ФЖЕЛ-81%. Прирост ОФВ₁ на 24%.
3. Интерпретировать данные лабораторных методов:

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	140,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	46,9
Лейкоциты, 10 ⁹ \л	4,00 - 9,00	9,60

Эритроциты, 10х12\л	4,00 5,70	-	4,4
Тромбоциты, 10х9\л	150,0 320,0	-	310,0
Ср.объем эритроцита, фл	80,0 97,0	-	89,1
Ср.содерж.гемоглоб ина, пг	28,0 35,0	-	30,7
Ср.конц.гемоглобин а, г\л	330 - 360		312
Лимфоциты, 10х9\л	1,20 - 3,5		3,18
Моноциты, 10х9\л	0,10 1,00	-	1,02
Гранулоциты, 10х9\л	1,20 7,00	-	7,9
Нейтрофилы, 10х9\л	2,04 5,80	-	6,1
Эозинофилы, 10х9\л	0,02 0,30	-	0,01
Базофилы, 10х9\л.	0,00 0,07	-	0,03
Лимфоциты, %	17,0 48,0	-	12,3
Моноциты, %	2,0 - 10,0		3,0
Гранулоциты, %	42,00 80,00	-	74,7
Нейтрофилы, %	48,00 78,00	-	85,0
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0		4,5
Базофилы,%	0,0 - 1,0		0,5
СОЭ , мм\ч	2 - 20		21

количество	скудная
цвет	желтый
консистенция	вязкая
характер	слизисто-гнойный
примеси	отсутствуют
лейкоциты	10-15 в поле зрения
эритроциты	5-10 в поле зрения
эозинофилы	2%
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	10-15 в поле зрения
эластичные волокна	отсутствуют

Спирали Куршмана	+
Кристаллы Шарко-Лейдена	+
Кислотоустойчивые микобактерии	отсутствуют

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
Непрямой билирубин, мкмоль/л	1-8	4
Прямой билирубин, мкмоль/л	1-20	12
Аспартатаминотрансфераза, ед/л	< 31	24
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	32
Глюкоза, ммоль/л	4,0-6,1	4,1
Мочевина, ммоль/л	2,5–6,4	4,9
Триглицериды, моль/л	0,4-1,8	0,8
Холестерин, моль/л	3,5-5,5	4,2

4. Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

5. Наиболее эффективные препараты и способы доставки препаратов в данной клинической ситуации.

ЗАДАЧА 2

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациент Д. 56 лет доставлен в приемный покой стационара родственниками в состоянии оглушения. Жалобы и анамнез собран со слов родственников.

Жалобы

- По словам родственников в последнее время жаловался на частый приступообразный кашель с отделением, желто-зеленой мокроты, одышку с затруднённым выдохом при малейшей физической нагрузке и в покое, значительную постоянную слабость, утомляемость, постоянные утренние головные боли.

Анамнез заболевания

- Привычный кашель давно, в течение последнего месяца, сильно

переохлаждался, переболел ОРВИ, после чего кашель усилился, появилась мокрота желто-зеленого цвета, жена отмечает, что по ночам иногда были приступы одышки. Последние 3 дня отмечалась заторможенность, вялость, утренние головные боли сегодня перестал отвечать на вопросы, на голос реагирует, смотрит, но разговаривает через раз односложными предложениями. Заболевание связывает с сильным переохлаждением.

- Самостоятельно не лечился, постоянной терапии по поводу хронической обструктивной болезни нет, пользуется только Беродуалом - ситуационно, по словам жены, часто - до 8-10 раз в день, из них 2-3 раза ночью.
- Доставлен в приемное отделение родственниками, пациент осмотрен неврологом, обследован – острое нарушение мозгового кровообращения исключено, консультирован кардиологом, дообследован - тромбоэмболия легочной артерии исключена.
- На консультацию вызван дежурный терапевт.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Профессия: машинист
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания – хроническая обструктивная болезнь легких, аппендэктомия в юности.
- Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом.
- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачко/лет), алкоголь употребляет редко
- Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние тяжелое. Пациент в оглушении: на вопросы не отвечает, реагирует на голос. Вес 72 кг, рост 175 см. Температура 36,7 С. При осмотре кожных покровов - отмечается диффузный цианоз. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. При перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание с удлиненным выдохом. Выслушиваются сухие рассеянные жужжащие хрипы по всем полям. ЧДД 32 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Сатурация 72%.

ВОПРОСЫ (для ответа на вопросы использовать НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Необходимые для постановки диагноза лабораторные и инструментальные методы обследования?
2. Какие осложнения основного заболевания присутствуют у данного больного?
3. Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования?
4. Тактика дежурного терапевта при получении результатов проведенных исследований.
5. Пациент готовится к выписке. При каких данных необходимо рекомендовать длительную домашнюю вентиляцию легких?

ЗАДАЧА 3

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациент Б. 46 лет обратился в поликлинику в связи с острым заболеванием

Жалобы

- на одышку смешанного характера, при физической нагрузке (ходьба и подъем по лестнице до 3 этажа).
- на кашель: приступообразный, громкий, надсадный, малопродуктивный, чаще в утренние часы и во время приступа удушья, с скудным количеством вязкой, густой, мокроты слизистого характера в количестве до 15 мл/сут.
- на слабость, утомляемость, постоянную потливость, снижение аппетита.
- субфебрилитет (37,3 С)

Анамнез заболевания

- больным себя считает в течение 1 месяца, когда впервые появилось чувство дискомфорта при дыхании, невозможности свободного дыхания, заболевание связывал с длительным курением. Неделю назад отметил экспираторную одышку, заложенность в груди, сухой приступообразный кашель, с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.
- Самолечением не занимался.

Анамнез жизни

- Родился доношенным ребенком в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. Окончил среднюю школу.
- Личная гигиена соблюдается.
- Перенесенные заболевания: Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, сахарный диабет, бронхиальную астму, онкологические заболевания у себя и близких родственников отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась. ОИМ отрицает, ОНМК отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Вредные привычки: курил 10 лет по 0,5 пачки в день (индекс «пачка/лет»: $10 \cdot 10 / 20 = 5$ (при норме < 10), индекс курильщика: $10 \cdot 12 = 120$ (при норме < 160), сейчас не курит. Алкоголь употребляет редко.
- Аллергологический анамнез: на лекарственные вещества, пищевые продукты, предметы бытовой химии, на укусы пчел, комаров, блох, клопов и др. насекомых, растения, пыль не отмечает.

Объективный статус

• Состояние средней степени тяжести. Вес 74 кг, рост 173 см. Температура 37,2 С. Кожные покровы бледноватые, лёгкий акроцианоз, теплые, сухие, тургор снижен, эластичность умеренная. Тип оволосения по мужскому типу, волосяной покров равномерный, симметричный. Слизистые оболочки розовые, влажные, чистые, миндалины не увеличены. Лимфатические узлы не визуализируются, не пальпируются. Дыхание через нос свободное. ЧДД 20 в минуту. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, отмечается удлинение фазы вдоха и выдоха. Грудная клетка симметричная. Болезненности при пальпации не отмечается. При сравнительной перкуссии на симметричных участках определяется ясный легочный звук. В лёгких выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы по всем легочным полям. Верхушечный толчок не визуализируется. Сердечного толчка и видимой пульсации сосудов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Шумы в 5 классических точках выслушивания не отмечаются. Ритм сердца правильный. ЧСС – 74 уд/мин, АД – 132/84 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот нормальной формы. Симметричен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации патологии не выявлено. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову: 10*8*7 см. Стул бывает ежедневно, вечером. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа визуально не определяется, пальпаторно не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 6-7 раз в сутки. Периферические отеки отсутствуют.

ВОПРОСЫ (для ответа на вопросы использовать НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Необходимые для постановки диагноза лабораторные и инструментальные методы обследования?
2. Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?
3. Наиболее предпочтительное место лечение данного больного? Объясните Ваш выбор.
4. Показанием к назначению антибиотикотерапии у данного пациента является.
5. Самый важный фактор, снижающий прогрессирование заболевания.
6. Данному пациенту вне обострения показана вакцинация против.
7. В программу легочной реабилитации при данном состоянии рекомендуется включать.