

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №2

Ситуационные задачи по нефрологии

ЗАДАЧА №1

Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертензия (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел.

Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.

При обследовании:

В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин.

ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы.

При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико-медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Хроническая болезнь почек (ХБП) 4 стадия (СКФ 15 мл/мин) как исход хронического гломерулонефрита. Артериальная гипертензия 3ст. почечного генеза, очень высокий риск ССО. Нефрогенная анемия тяжелой степени. Отечный и инсипидарный синдромы. Альбуминурия 3 степени. Азотемическая (метаболическая) кардиомиопатия с нарушениями ритма по типу желудочковой

экстрасистолии. Нарушения электролитного баланса требуют уточнения. Токсическая энцефалопатия.

Диагноз ХБП установлен на основании клинических данных: имеются признаки нарушения почечных функций по жалобам (сухость во рту, жажда, тошнота, рвота, учащенное мочеиспускание, никтурия, кожный зуд, слабость, сонливость), и при объективном осмотре: артериальная гипертензия с высоким диастолическим АД, выраженная сухость и бледность кожи и характерный отечный синдром – мягкие рыхлые отеки лица и ног); лабораторных данных: мочевого синдром (протеинурия, эритроцитурия, низкий удельный вес мочи) указывает на снижение клубочковой и канальцевой функций почек. Установление стадии ХБП (4 ст.) основано на выраженном снижении СКФ до 15 мл/мин, после которой следует терминальная почечная недостаточность. Потеря белка с мочой 800 мг/сут. соответствует очень высокой степени (3 степени) альбуминурии. Артериальная гипертензия 3ст. почечного генеза, очень высокий риск ССО выставлен на основании цифр АД при осмотре. Наличие анемии вероятно связано со снижением выработки почками эритропоэтина. Данные сонографии (уменьшение размеров почек и истончение паренхимы с отсутствием кортико-медуллярной дифференциации, обеднение сосудистого рисунка и гиперэхогенность паренхимы с наличием кист в результате дегенеративных изменений почечной ткани) свидетельствуют о наличии нефросклероза. Инсипидарный синдром включает учащенный диурез, полиурию и полидипсию и свидетельствует о неблагоприятном исходе. Предположение о наличии метаболической кардиомиопатии основано на расширении границ сердца, глухости тонов, аритмии и данных ЭКГ – диффузные изменения миокарда, нарушения проводимости и возбудимости. Токсическая (хроническая уремическая) энцефалопатия – на основании сонливости, вялости, общей слабости, адинамии.

2. Пациенту рекомендовано: контроль суточной альбуминурии в динамике (для оценки результата лечения), УЗИ сердца и перикарда (для оценки степени гипертрофии стенок левого желудочка, уточнения систолической и диастолической сократительной способности сердца, наличия гидроперикарда), УЗИ плевральных полостей (для исключения гидроперикарда), СМАД (для оценки стабильности АД и суточного профиля), холтеровское суточное мониторирование ЭКГ (для выявления частоты и степени тяжести аритмий); проба Зимницкого, биохимия крови: сывороточное железо, ОЖСС, общий белок и его фракции, общий холестерин и липидный спектр, электролиты крови – К, Са, Р, Na, мочевиная кислота.
3. Лечение: диета бессолевая и малобелковая, гипотензивные препараты из группы антагонистов кальция и бета-блокаторов, мочегонные препараты (верошпирон), щелочные растворы, препараты эритропоэтина (эритростим, эпрекс), препараты альфа-кетокислот (альфа-кетостерил), препараты железа.

Задача №2

Пациент 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения.

Из анамнеза: болеет 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделю назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр.

В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита.

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы глоточного кольца, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Дизурии нет.

При исследовании: в общем анализе крови Нв 129 г/л, лейкоцитов $5,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 27 мм/ч; в общем анализе мочи удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейкоц. – 2-3 в п/зр. Мазок из зева дал рост бета-гемолитического стрептококка.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Острый гломерулонефрит, отечно-гипертонический вариант, ассоциированный с рино-тонзиллогенной инфекцией. Обострение хронического тонзиллита, хронического гнойного риносинусита. Сопутствующая патология требует уточнения (ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит, рефлюкс-гастрит).

На поражение почек указывает характерный отечный синдром (мягкие отеки ног и лица) и одновременное наличие артериальной гипертонии с высокими цифрами диастолического давления, а также боли в пояснице и покраснение мочи. Учитывая, что эти признаки связаны с перенесенной накануне рино-тонзиллогенной инфекцией, а также сохраненный удельный вес мочи при наличии протеинурии и гематурии – выставлен диагноз острого гломерулонефрита. Диагноз обострения хронического тонзиллита и гнойного риносинусита выставлен на основании характерных жалоб и объективных данных (признаки гнойного воспаления), подтверждается бактериологического исследования (посевом мазка). Предположение о наличии рефлюксной болезни основано на жалобах на тошноту, рвоту съеденной пищей, изжогу и на болезненности в эпигастриальной области.

2. Пациенту рекомендовано: биохимический анализ крови на общий белок и фракции, креатинин и мочевины, холестерин и липидный спектр, электролиты, проба Реберга и Зимницкого; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки состояния диска зрительного нерва; ЭКГ, УЗ-исследование почек, рентгенография носа и придаточных пазух, консультация ЛОР-врача, ЭГДС с биопсией на НР.
3. Лечение: диета с ограничением соли, антибиотики, метипред, мочегонные, дезагреганты, ингибитор АПФ, альбумин. Метипред можно заменить цитостатиком – например, назначить циклофосфан в виде пульс-терапии с последующим приемом циклоспорина А.

Задача №3

Женщина 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов сопровождающееся ознобом, слабость.

Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно принимала амоксилав, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование; Нв-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейкоц-10,6*10⁹/л, СОЭ-32мм/ч. о/а мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л. лейкоц-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр. креатинин 96 мкмоль/л. Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Хронический пиелонефрит в фазе обострения, без нарушения азотовыделительной функции почек.

Диагноз хронический пиелонефрит установлен на основании жалоб пациентки: на боли в поясничной области, ноющего характера, повышение температуры, никтурия. Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения отмечала боли внизу живота, боли в области поясницы, частые болезненные мочеиспускания. При обследовании в поликлинике: о/а крови: Нв 118г/л, СОЭ 32мм/ч. О/а мочи: уд.вес-1016,лейк. сплошь, цилиндры гиалиновые.

2. Пациенту рекомендовано: проведение анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, обзорная урография, УЗ исследование почек для уточнения поражения, посев мочи на флору и чувствительности к антибиотикам, с целью назначения эффективной антибактериальной терапии и исключения антибиотикорезистентности.

3. С учетом наличия высокой резистентности микроорганизмов к цефалоспорином 1-го поколения и нитрофуранам, средством выбора при хроническом пиелонефрите являются фторхинолоны; офлаксолин по 400 мг 2 раз в день или пефлоксацин по 400 мг 2 р/день.

К препаратам 2-го ряда можно отнести: левофлоксацин и ингибитор защищенные пенициллины: (амоксиклав).

Антибактериальная терапия проводится в течение 2-х недель.

После антибактериальной терапии в течение еще 2-х недель целесообразно назначить отвары уросептических трав (толокнянка, полевой хвощ)

Критерием эффективного лечения является общее самочувствие больного, температура тела, степень лейкоцитурии, бактериурии.

Ситуационные задачи по гепатологии.

ЗАДАЧА №1

Мужчина, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался. Семейный анамнез: отец умер в 50 лет от цирроза печени.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м². Окружность живота – 90 см. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На крыльях носа, на щеках, на подбородке выраженная подкожная капиллярная сеть. На коже груди, спины единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации безболезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная при пальпации. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 15мм/ч, АСТ – 86 Ед/л, АЛТ – 58 Ед/л, ГГТ – 92 Ед/л, ЩФ – 920 Ед/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, прямой билирубин- 33 мкмоль/л, альбумин – 3,5 г/дл, ПТИ – 70%.Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

ВОПРОСЫ:

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, активная фаза, степень тяжести по Чайлд-Пью класс В с умеренно выраженными холестатическим, цитолитическим и коагулопатическим синдромами. Портальная гипертензия, асцит, спленомегалия с гиперспленизмом (тромбоцитопения).

Диагноз цирроза печени (ЦП) установлен на основанииданных анамнеза (пациент отмечает употребление алкоголя); данных объективного осмотра: желтушность склер, внепеченочные проявления поражения печени (сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена, капиллярная сеть на крыльях носа, щеках, подбородке); лабораторных данных: при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, ГГТ, холестерина), коагулопатического (снижение ПТИ) синдромов, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени). Данные сонографии (расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости) свидетельствуют о наличии портальной гипертензии. Степень тяжести цирроза печени установлена на основании лабораторных изменений: незначительный асцит – 2 балла, общий билирубин – 45 мкмоль/л – 2 балла, отсутствие энцефалопатии – 1 балл, гипоальбуминемия – 3,5 г/дл – 1 балл, ПТИ – 70% - 1 балл, что в сумме составляет 7 баллов и соответствует классу В.

2. Пациенту рекомендовано:проведение ЭГДС для уточнения состояния вен пищевода (варикозное расширение как признак портальной гипертензии), оценки слизистой верхних отделов ЖКТ (при злоупотреблении алкоголем часто имеются гастриты, ГЭРБ); гистологическое исследование ткани печени для обнаружения патологоанатомического признака алкогольного цирроза – гиалиновые тельца Мэлори либо фиброэластометрия для определения степени фиброза печени, определение десалированного трансферрина в сыворотке крови для подтверждения хронической интоксикации алкоголем.
3. Отказ от алкоголя. Лекарственная терапия асцита, с учетом его начальных проявлений, должна начаться с минимальных доз диуретиков – верошпирон 25-50 мг/сут под

контролем диуреза или массы тела, при необходимости следует добавлять петлевые диуретики – фуросемид 40 мг/сут. В связи с имеющимися признаками холестаза целесообразно назначение урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10-15 мг/кг/сут. Учитывая алкогольный генез цирроза печени рекомендованы эссенциальные фосфолипиды или препараты адеметионина – эссенциале 5,0 в/в в течение 10 дней, а затем по 2 кап 3 раза в день в течение 3 месяцев или гептрал 400 мг 2 раза в сутки в течение 2 месяцев. Для лечения портальной гипертензии необходимо назначение бета-адреноблокаторов – препаратов, снижающих силу и частоту сердечных сокращений, за счет чего уменьшается приток крови к печени – обзидан 20-40 мг/сут.

ЗАДАЧА №2

Больная Ч., 31 год, обратилась к врачу с жалобами на слабость, утомляемость, снижение аппетита, рецидивирующий кожный зуд, усиливающийся в ночное время, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, периодические повышения температуры тела до 38 градусов.

Из анамнеза известно, что данная симптоматика появилась у больной два года назад, когда после простуды отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общую слабость. В течение последующих 6 месяцев неоднократно обращалась к дерматологу. Проводилось лечение антигистаминными препаратами, мазями, однако кожный зуд не только не исчез, но и усилился. Еще через четыре месяца периодически отмечала подъем температуры до 38° С. Больная заметила изменение цвета кожных покровов – окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок. Семейный анамнез: мать умерла в 59 лет от заболевания печени.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы желтушны, с грязновато-серым оттенком, со следами расчесов, склеры иктеричны, на груди, шее – сосудистые звездочки, на голених – мелкие геморрагические высыпания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, край болезненный, плотно-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $3,96 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 54 мм/ч, альбумины – 36%, гамма-глобулины – 42%, тимоловая проба – 14,4 ед, ПТИ – 60%, холестерин – 7,8 ммоль/л, общий билирубин – 120 мкмоль/л (прямой – 88, непрямой – 32 мкмоль/л), АЛТ – 238 Ед/л, АСТ – 196 Ед/л, сывороточное железо – 25 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 1295 ед, глюкоза крови – 5,5 ммоль/л; обнаружены тканевые антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:160 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:120, LE-клетки в низком титре.

В анализе мочи: уд.вес – 1017, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Маркеры вирусного гепатита – HBs-Ag, HBe-Ag, Hbc-Ag(-), антитела к HCV(-).

ЭКГ: синусовый ритм 86 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

УЗИ органов брюшной полости: печень - передне-задний размер 17 см, селезенка – 10 см; портальная вена – 1,0 см, селезеночная вена – 0,8 см.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Аутоиммунный гепатит 1-го типа с выраженными холестатическим, цитолитическим и коагулопатическим синдромами, высокой степени активности. Анемия воспаления средней степени тяжести.
Диагноз аутоиммунного гепатита установлен на основании жалоб больной на рецидивирующий кожный зуд, усиливающийся в ночное время, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тяжесть в правом подреберье, данных анамнеза: больная отмечает начало заболевания с кожного зуда два года назад, изменение цвета кожных покровов – желтушные с грязновато-серым оттенком,отягощенный наследственный анамнез – мать умерла от заболевания печени;при стандартных исследованиях крови отмечено наличие цитолитического (повышение трансаминаз), холестатического (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, холестерина), коагулопатического (снижение ПТИ) синдромов, уровень альбуминов на нижней границе нормы (синтетическая функция печени), гипергаммаглобулинемия, выявленные антитела к гладкой мускулатуре и антинуклеарные антитела дают основания говорить об аутоиммунном процессе в печени. Диагноз анемии воспаления средней степени тяжести выставлен на основании цифр гемоглобина 90 г/л, нормальных показателей сывороточного железа 25 мкмоль/л.
2. Пациентке рекомендовано: морфологическое исследование печени для выявления выраженной инфильтрации портальных и перипортальных зон лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами, а также ступенчатые и мостовидные некрозы в печеночных дольках.
3. Лечение на данном этапе в связи с имеющимися признаками холестаза сводится к назначению препаратов урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10-15 мг/кг/сут. Для уменьшения кожного зуда возможно использование холестирамина от 4 до 12 г/сут. Иммуносупрессия – основной метод лечения аутоиммунного гепатита: преднизолон (метилпреднизолон) в виде монотерапии или в комбинации с азатиоприном длительно.

ЗАДАЧА №1

У больного А., 25 лет, две недели назад появились слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, хотя боли в груди слева уменьшились. Из анамнеза – курит в последние 3 года.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 4 ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается, а над правым легким по всем полям выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$, Нв - 138 г/л, лейкоциты - $12,7 \times 10^9/\text{л}$ (п/я - 2%, с/я - 80%, л - 12, м - 6), СОЭ - 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л.

Произведена **плевральная пункция**, удалена 1200 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренно-клеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Левосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии

Диагноз **левостороннего экссудативного плеврита** установлен на основании имеющихся у больного признаков:

- общевоспалительного синдрома (лихорадка, признаки интоксикации, острофазовые показатели - лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- поражения органов дыхания (одышка, боли в грудной клетке слева, отставание левой половины грудной клетки при дыхании, слева ниже 4 ребра отмечается притупление перкуторного звука, дыхание в этой зоне не выслушивается).

В пользу туберкулезной этиологии свидетельствует:

- постепенное развитие заболевания с симптомами туберкулезной интоксикации;
- молодой возраст больного;
- отсутствие эффекта от неспецифического лечения;
- характер гемограммы;
- лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости.

2.

Пациенту рекомендовано:

- **рентгеномография** органов грудной клетки после эвакуации экссудата – для исключения свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких и изменений в внутригрудных лимфоузлах;
- **туберкулиновые пробы** (диаскинтест, проба Манту) могут быть с повышенной чувствительностью к туберкулину;

- **плевроскопия** может выявить макроскопические и микроскопические данные в пользу предварительного диагноза;
- **бронхоскопия** – для выявления или исключения туберкулеза бронхов, рубцов и признаков гиперплазии внутригрудных лимфоузлов;
- **серологическое исследование** (при обнаружении высоких показателей титров антител в реакциях РНГА и/или ИФА можно будет говорить о преобладании в организме туберкулезной инфекции. Антитела определяются и в крови, и в экссудате).

3. Лечение больных проводят по общим принципам лечения туберкулеза.

Этиотропную терапию продолжают в течение 10-12 мес.

В остром периоде заболевания показано лечение в стационаре тремя **противотуберкулезными препаратами** (изониазид - 10 мг/кг), стрептомицин - 1 г, этамбутол - 25 мг/кг в день). При выраженной интоксикации или патоморфологической картине (при биопсии) массивного поражения плевры с казеозным некрозом назначают третий препарат рифампицин (0,45-0,6 г в сутки) в сочетании с внутривидеоплевральным введением 6 мл 10% раствора изониазида через день (до 15-20 вливаний).

Через 3 мес от начала терапии при благоприятной динамике (прекращение экссудата) отменяют стрептомицин.

Возможно использование схемы, включающую 3-4 препарата (без стрептомицина): изониазид 0,3, рифампицин 0,6, пиразинамид 1,5, этамбутол 1,6.

Противовоспалительная терапия (нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды);

В период выздоровления лечение дополняется **физиотерапевтическими процедурами**: электрофорез с лидазой (стимулирует процесс резорбции и снижает частоту прогрессирования плевральных изменений в отдаленные сроки наблюдения), лечебной дыхательной гимнастикой.

Пункция плевральной полости для удаления экссудата с введением в полость глюкокортикоидов.

Хирургическое лечение у больных туберкулезным экссудативным плевритом показано:

- 1) при раннем свертывании и организации массивного экссудата;
- 2) при осумковании серозных или гнойных экссудатов без склонности к расправлению легкого и облитерации плевральной полости;
- 3) при туберкулезе легких, подлежащем хирургическому лечению.

Оптимальными сроками предоперационного лечения следует считать 5-6 мес от начала этиотропной терапии с учетом особенностей течения процесса у каждого больного.

ЗАДАЧА №2

Мужчина, Н., 56 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. Из анамнеза – курит около 38 лет до 15-20 сигарет в

день, в течение последних 5 лет отмечает утренний кашель с небольшим выделением мокроты.

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 определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД - 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

В анализах крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, Hct - 47%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 15,4 тыс. (п/я - 4%, с/я - 72%), лимфоциты - 16%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 4%), СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - +++.

В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 50-80 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В анализе мочи: удельный вес - 1017, следы белка, лейкоциты - 0-1-2 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, течение средней тяжести. Хроническая обструктивная болезнь легких. ДН₁ ст. Диагноз пневмонии средней степени тяжести установлен на основании жалоб на повышение температуры тела до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле; анамнеза болезни: заболел остро три дня назад, после переохлаждения; объективных данных: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз, число дыхательных движений в покое 26 в минуту: отставание правой половины грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука, аускультативных данных: справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД - 115/75 мм рт. ст.

В пользу наличия острого воспаления свидетельствуют также результаты лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков.

Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании данных анамнеза – курит в течение 38 лет до 15-20 сигарет в день (длительное курение), в течение последних 5 лет отмечается утренний кашель с небольшим выделением мокроты; объективных данных: над легкими рассеянные сухие жужжащие хрипы.

Одышка и периферический цианоз указывают на развитие у больного пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности.

2. В плане дополнительных исследований необходимо предусмотреть:

1) рентгенологическое исследование (рентгенограмма) органов грудной клетки – для выявления (или исключения) инфильтрации легочной ткани нижней доли правого легкого;

2) серологическое исследование – для определения возбудителя;

3) посев мокроты на микрофлору и чувствительности микрофлоры к антибиотикам (до назначения антибактериальных препаратов);

4) ФВД – для оценки бронхиальной проходимости;

5) парциальное давление кислорода (O_2) и углекислого газа (CO_2) в капиллярной крови – для выявления степени гипоксии (дыхательной недостаточности).

3. С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии препараты пенициллинового ряда (амоксциллин, амоксиклав) или цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидами (азитромицин) и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (вольтарен, парацетамол), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момента нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

ЗАДАЧА №3

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойность мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и

подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 22 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс - 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/85 мм рт.ст. Со стороны органов пищеварения и мочеиспускания патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НВ - 155 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 36 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост *Streptococcus pneumoniae*, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 105 уд/мин, высокий зубец Р в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов.ОФВ₁- 53%, ЖЕЛ 64%.

ВОПРОСЫ:

- 1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план исследования
3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ:

1. ХОБЛ, смешанный тип (эмфизематозный и бронхитический), стадия II, обострение ассоциированное инфекцией, среднетяжелое течения. ДН II ст.
Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет. При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для

хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ- гипертрофия правых отделов сердца; Спирография- изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ₁- 53%, ЖЕЛ 64%.

2. Пациенту рекомендовано: УЗИ сердца (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); Бронхоскопию (для проведения санации бронхов, БАЛ (бронхоальвеолярный лаваж), определения наличия бронхоэтазов). Анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления).
3. Получает следующее лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: бета2-агонисты (беродуал), холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теофиллин, кислород.

М-холинолитики - препараты первого ряда, назначаются обязательно при всех степенях тяжести заболевания. Комбинация бронхорасширяющих средств: бета2-агонисты и антихолинергического препарата (короткого или длительного действия), улучшает бронхиальную проходимость в большей степени, чем при монотерапии. Снижен риск побочных эффектов.

Препараты теофиллина длительного действия присоединяют при недостаточной эффективности М-холинолитиков и р2-адреноми-метиков, показаны при ночных проявлениях болезни.

Глюкокортикоидная терапия применяется при неэффективности максимальных доз бронхорасширяющих средств. Предпочтение отдается ингаляционным глюкокортикоидам. Эти препараты назначают дополнительно к бронхолитической терапии при ОФВ₁ <50 % и повторяющихся обострениях. Регулярное лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ и при высоком содержании эозинофилов в мокроте.

ЗАДАЧА №4

Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100м ходьбы), кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: Страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день.

Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлинненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД -110/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах.

Данные спирографии: ОФВ₁ (постбронходилатационный) -45% от должного, ОФВ₁/ФЖЕЛ- 65% от должного. РаО₂ - 35мм рт. ст., SaO₂ - 70%.

ВОПРОСЫ:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите наиболее информативные инструментальные исследования для диагностики хронического легочного сердца и возможные результаты.

3.1. Определите схему лечения в зависимости от стадии ХОБЛ (GOLD). 2. Установите тактику лечения ХЛС.

ОТВЕТЫ:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), III степени, тяжелое течение, группа D, бронхитический тип. Осложнения: Дыхательная недостаточность III степени. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии (по Стражеско-Василенко), III ФК (NYHA).

Диагноз хронической обструктивной болезни легких установлен на основании жалоб больного на: одышку, кашель с выделением мокроты; данных анамнеза: страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет; курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Установление степени и тяжести течения ХОБЛ основано на данных: ОФВ1 (постбронходилатационный тест)-45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-65%(GOLD,2007). Группы D определена по следующим критериям: 3 степень спирометрии, частота обострений более 2 раз в год, шкала одышки mMRC 3(тяжелая- одышка после прохождения около 100м). Бронхитический тип установлен на основании наличия кашля с гиперсекрецией мокроты, диффузного цианоза, выраженной обструкции бронхов, декомпенсированного легочного сердца, а также признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности и сердечной недостаточности. Дыхательная недостаточность установлена ввиду наличия одышки, цианоза, умеренного снижения АД, увеличения ЧДД; степень дыхательной недостаточности установлена на основании уменьшения $PaO_2 < 40$ мм рт. ст. и $SaO_2 < 75\%$. Осложнение хронического легочного сердца установлено по наличию одышки при незначительной нагрузке, теплого диффузного цианоза, сердцебиения, акцента 2 тона над легочной артерией Стадия декомпенсации ХЛС установлена на основании наличия симптомов правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, периферические отеки). Стадия хронической сердечной недостаточности определена вследствие наличия нарушения гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения; функциональный класс в соответствии с выраженным ограничением физической активности.

2. План дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови на: общий белок и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, билирубин и его фракции, холестерин, триглицериды и его фракций, СРБ.

3. Общий анализ мокроты с цитологией (для выявления атипичных клеток и БК).

4. Спирография, пикфлоуметрия, КЩС (повторить для констатирования степени дыхательных нарушений).

5. Рентгенография органов грудной клетки для исключения других причин кашля с мокротой и уточнения характера патологических изменений со стороны легочно-сердечной системы.

6.ЭКГ и ЭхоКГ для диагностики легочного сердца.

7.УЗИ органов брюшной полости для определения размеров и структуры печени.

8.КТ, МРТ легких для детализированного определения патологических изменений.

Наиболее информативные признаки ХЛС:

На ЭКГ выявляют гипертрофию правого предсердия (остроконечные высокие зубцы Р в отведениях II, III, aVF) и правого желудочка (отклонение электрической оси сердца вправо, увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях, блокада правой ножки пучка Гиса, появление глубокого зубца S в I и зубца Q в III стандартных отведениях). Рентгенологически хроническое легочное сердце проявляется– гипертрофией правого желудочка, признаками гипертензии в малом круге кровообращения, расширением верхней полой вены. При эхокардиографии могут быть обнаружены гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца, расширение легочной артерии и верхней полой вены, легочная гипертензия и трикуспидальная недостаточность.

3. 1.Все стадии:

* Исключение факторов риска.

* Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной.

* Ингаляции при необходимости одного из: атровент 40 мкг, беродуал – 2 дозы, беротек – 200-400 мкг, сальбутамол 200-400 мкг Стадии II, III и IV (но не на стадии I).

* Регулярные ингаляции (атровент 40 мкг 4 раза в сутки или спирива 18 мкг 1 раз в сутки ± серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки) ± внутрьтеофиллин 0,2- 0,3 г 2 раза в сутки или * беродуал 2 дозы 4 раза в сутки или * серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки ± теофиллин 0,2-0,3 г 2 раза в сутки.

* Реабилитационные мероприятия.

Стадии III и IV (но не на стадии I и II):

* Регулярные ингаляции (беклометазон 1000-1500 мкг/сут или будесонид 800-1600 мкг/сут или флутиказон 500-1000 мкг/сут или серетид 50/250 мкг (1-2 дозы 2 раза в сутки) (или симбикорт 4,5/160 мкг (2-4 дозы 2 раза в сутки) при ежегодных или более частых обострениях за последние 3 года и положительном функциональном ответе (эффективность оценивается через 6-12 нед. по бронходилатационному тесту).

* Реабилитационные мероприятия.

2.Лечение легочной гипертензии и легочного сердца включает:

1. Оптимальная терапия ХОБЛ.

2. Длительная оксигенотерапия (более 15 ч).

3. Диуретики (т.к. имеются отеки).

4. Дигоксин (ввиду наличия сопутствующей левожелудочковой недостаточности, т.к. сердечные гликозиды не оказывают влияния на сократимость и фракцию выброса правого желудочка) Спорно: вазодилататоры (нитраты, антагонисты Ca, ИАПФ) – ухудшение оксигенации крови и артериальная гипотензия. Но антагонисты Ca (нифедипин SR 30-240 мг/сут и дилтиазем SR 120-720 мг/сут) могут применяться у больных с тяжелой легочной гипертензией при недостаточной эффективности бронхолитиков и оксигенотерапии.

ЗАДАЧА №5

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на температуру 37,40С, одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с выделением обильной слизисто-гноющей мокроты с неприятным запахом, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл, слабость, недомогание. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, указательный палец длиннее безымянного. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

ОТВЕТЫ:

1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения. ДНП. Синдром наследственных нарушений или синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ), недифференцированный вариант.

Диагноз бронхоэктатической болезни (БЭБ) установлен на основании:

1) данных субъективного исследования:

* синдром интоксикации, лихорадка субфебрильная, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам;

* длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективных данных:

* при осмотре: грудная клетка бочкообразной формы. ЧДД - 22 в мин., определяется бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей;

* при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких;

* при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.

Степень дыхательной недостаточности установлена на основании критериев: PaO_2 - 55 мм рт. ст., SaO_2 - 77 %, одышка при незначительной физической нагрузке, увеличение ЧДД до 22 дыхательных движений в минуту, и учащение пульса до 95 в мин, акроцианоз.

Диагноз синдрома наследственных нарушений определен по наличию следующих стигм СДСТ: грудная клетка бочкообразной формы, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, указательный палец длиннее безымянного.

2.Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе - повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. КТ: различные формы бронхоэктазов.

3.Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

* Режим постельный.

* Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы), обильное щелочное питье.

* Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны.

* Отхаркивающие препараты: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин.

* Обильное щелочное питье: минеральные воды.

* Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

* Витамины группы В, С.

* Массаж грудной клетки.

* Дыхательная гимнастика.

* Лаваж (промывание) бронхов.

Ситуационные задачи по воспалительным заболеваниям тонкой и толстой кишки

Задача 1

Клиническая задача. В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной К., 23 года, с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза: считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем был направлен в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела - 37,8 °С, кожа бледная, сухая, периферические л/у не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания - 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 105 в минуту, ритм правильный. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. На голенях и бедрах болезненные плотные ярко-красные отечные узлы, движения конечностей ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет. **При обследовании:** анализ крови: Hb - 93 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 30 мм/ч, анизоцитоз. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 18,2 ммоль/л, калий - 3,50 мэкв/л, натрий - 135 мэкв/л. УЗИ органов брюшной полости: без патологических изменений. Колоноскопия: слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте.

Ответы:

Вопрос 1

Язвенный колит, острая форма, тяжелое течение, высокой степени активности с преимущественным поражением поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки, с выраженными системными проявлениями (артрит, кератоконъюнктивит, узловая эритема). Железодефицитная анемия легкой степени (воспаления).

Диагноз установлен на основании жалоб больного на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С. **Колоноскопии:** слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость. **Активность процесса** установлена на основании жалоб, анамнеза, клинических данных частоты стула (до 10-12 раз в сутки), симптомов интоксикации, в сочетании с результатами эндоскопического исследования, изменениями общего и биохимического исследований, наличия осложнений (артрита коленного и голеностопного суставов, узловой эритемы, кератоконъюнктивита, ЖДА).

Вопрос 2

Пациенту рекомендовано: проведение биохимического анализа крови на определение сывороточного железа, ферритина и ОЖСС для оценки генеза анемии; колоноскопии с биопсией с целью дифференциации с болезнью Крона

Вопрос 3

При тяжелом течении язвенного колита не существует альтернативы кортикостероидам, назначаются глюкокортикоиды, в течение 5-7 дней внутривенно преднизолон 120 мг/сут или гидрокортизон 400 мг/сут, затем дается преднизолон внутрь из расчета 1,0-1,5 мг/кг веса больного. Применение пероральных аminosалицилатов одновременно со стероидами при тяжелом язвенном колите не рекомендуется по следующим причинам: 1) они слабее глюкокортикоидов по противовоспалительному эффекту; 2) аminosалицилаты снижают ответ на стероиды. Частота ремиссии приближается к 80%. Также рекомендуется провести коррекцию белковых расстройств (общий белок 52 г/л) с помощью 20 % альбумина в\в капельно, водно-электролитных нарушений, заместительную терапию препаратами железа, антибактериальную терапию метронидазолом, цефалоспоридами или ципрофлоксацином. С целью профилактики остеопороза - препараты кальция и витамина D. **При резистентности к гормональной терапии** рекомендовать иммунодепрессанты, циклоспорин 2-4 мг/кг на протяжении 7-10 дней, с последующим снижением дозы до 4-8 мг/сут. Если внутривенная терапия не приносит результатов или состояние больного ухудшается, необходимо проведение хирургического вмешательства

Задача 2

Больная Н., 16 лет, поступила в стационар с жалобами на частый, жидкий, пенистый стул с резким запахом до 10 раз в сутки, боли в животе, похудание на 10 кг, нарастающую общую слабость, ломкость и слоение ногтей, выпадение волос, заеды в углах рта. Также отмечает извращение вкуса (нравится есть мел), извращение обоняния (нравится запах бензина). **Из анамнеза:** с детства отмечает диарейный синдром и анемию, по поводу которой не обследовалась и не лечилась. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания. Рост 160 см, масса тела 40 кг. ИМТ- 15,6 кг\м². Кожа бледная, сухая. Заеды в углах рта. Ногти слоятся, плоские. Температура тела 36,8 °С. ЧДД - 19 в

минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Печень и селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный до 8 раз в сутки. **При обследовании** в анализах крови: Hb - 60 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,7, лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, общий билирубин - 18,6 ммоль/л, АЛТ - 31 ЕД, АСТ - 32 ЕД, железо в сыворотке крови - 6 мкмоль/л. Фибродуоденоскопия с биопсией слизистой: тотальная атрофия ворсинчатого аппарата слизистой тонкой кишки, увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение и обоснуйте.

Ответы:

Вопрос 1

Глютенчувствительная энтеропатия (целиакия) взрослых. Типичная форма с кишечными проявлениями. Синдром нарушенного всасывания III степени тяжести с нарушением белкового, жирового обмена веществ. Дефицит питания (ИМТ-16). Железодефицитная анемия тяжелой степени с выраженным сидеропеническим синдромом.

Диагноз целиакии установлен на основании жалоб больного на частый, жидкий, пенистый с резким запахом стул до 10 раз в сутки, данных анамнеза (пациент отмечает диарейный синдром и анемию с детства); установление степени ЖДА основана на показателях Hb 60 г/л, выявленных при госпитализации. Сидеропенический синдром на основании жалоб на ломкость и слоение ногтей, выпадение волос, извращение вкуса и обоняния. Объективных данных: кожа бледная и сухая. Дефицит питания установлен на основании ИМТ 16, нарушение белкового обмена установлена на основании показателя общего белка в сыворотке крови 56 г/л.

Вопрос 2

Пациенту рекомендовано: 1. определить в крови следующие антитела

Антитела	Чувствительность	Специфичность
IgA -ARA- (антитрикулиновые ¹ антитела)	28-97%	10%
IgA-AGA (антиглиадиновые антитела)	65-100%	81-100%
IgA - ЕпА (антезидомизивальные ² антитела)	70-90%	100%
anti-tTG (антитела к тканевой трансглутаминазе)	90%	96%

2.

Провести ЭГДС с биопсией слизистой залуковичного отдела 12-перстной кишки или слизистой тощей кишки, с дальнейшим гистологическим исследованием.

3. Определить электролитный состав крови (К, Са, Mg, Р)

Вопрос 3

Комбинированная терапия венофером 10 мл \в капельно на физ растворе ч\з день, 20 мг преднизолона до достижения клинического эффекта с последующим снижением дозы 1\2 тб каждые 3 дня до полной отмены, креоном 10 тыс. Ед. 3 раза в день, метронидазолом 500 мг 2 раза в сутки 10 дней, витаминами группы В (В1 2 мл п\к, В6 2 мл п\к,)- 10 дней , 20 % альбумином в\в капельно № 5, а также исключением из диеты продуктов, содержащих глютен состояние пациента улучшилось, нормализовался стул, стал оформленным 2 раза в сутки, поднялся гемоглобин до 92 г\л

Ситуационные задачи по гастроэнтерологии.

Задача №1.

Больная, 32 л., доставлена в приёмное отделение стационара с жалобами на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Из анамнеза известно, что за несколько дней до поступления, после предшествующих эмоциональных перегрузок, появились боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5- 2 часа после приёма пищи, изжоги, отрыжка кислым. Язвенный анамнез отрицает. Накануне вечером отмечала усиление болевого синдрома в эпигастрии. В день поступления боли прекратились, появился дегтеобразный стул, общая слабость. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Нормостенического телосложения. ИМТ- 23 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 98 уд в 1 мин., АД - 100/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: гемоглобин -101 г\л, эритроциты – 3,0x10⁹ /л, гематокрит - 30 %; сывороточное железо – 14 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

3. Назначьте лечение и обоснуйте.

Ответы:

1. Язва 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. Учитывая отсутствие язвенного анамнеза и предшествующие эмоциональные нагрузки, можно думать о стрессовой язве. Постгеморагическая анемия легкой степени. Диагноз - язва 12-перстной кишки (более вероятно, симптоматическая - стрессовая), осложненная кровотечением, установлен на основании жалоб больного на дёгтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, также учитывая данные анамнеза (появление «голодных» болей в эпигастрии, изжоги, отрыжки кислым после предшествующих эмоциональных перегрузок, отсутствие язвенного анамнеза), можно думать о стрессовой язве. На язвенный характер кровотечения указывает также симптом Бергмана - усиление болей перед кровотечением и их исчезновение после него. Диагноз постгеморагическая анемия легкой степени, установлен на основании объективных данных: кожные покровы бледные, влажные, ЧСС – 98 уд в 1 мин., АД - 100/60 мм рт.ст. и лабораторных данных: в общем анализе крови гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^9$ /л, гематокрит - 30%; сывороточное железо – 14 мкмоль/л. Согласно классификации ВОЗ, гемоглобин - 101 г/л, соответствует легкой (I) степени анемии.

2. Для уточнения диагноза и оценки характера кровотечения по Форресту показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия с последующим гистологическим исследованием на наличие *Helicobacter pylori*. Анализ кала на наличие крови (реакция Грегерсена).

3. Окончательная лечебная тактика будет уточнена после выполнения эзофагогастродуоденоскопии, однако, учитывая стабильность ЧСС и АД, лабораторные данные, можно думать о легкой степени кровопотери. В данной ситуации показана консервативная гемостатическая и противоязвенная терапия, с возможной эндоскопической остановкой кровотечения.

Задача №2

Больная К., 38 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога может длиться более часа, купирует её приемом пищевой соды. В последние дни при глотании горячей пищи стали возникать жгучие боли за грудиной. Из данных анамнеза: частые изжоги отмечались в последние месяцы беременности. Ранее изжоги носили эпизодический характер, возникали после употребления кислых соков, жареных изделий из теста и при длительной работе внаклон. Также пациентка ухудшение связывает с прибавкой массы тела до 8кг за последние месяцы, после отказа от курения. При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. ИМТ- 30,5 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 уд в 1 мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: без отклонений.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

3. Назначьте лечение и обоснуйте.

Ответы:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), обострение рефлюкс-эзофагита (РЭ). Ожирение I ст. Диагноз установлен на основании жалоб больной на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, при наклонах туловища, а также в вечернее время перед сном, продолжительность изжоги более часа, купирование её приёмом пищевой соды. Также о наличии РЭ говорит возникновение жгучих болей за грудиной при глотании горячей пищи. В пользу данного диагноза также учащение эпизодов изжоги после повышения массы тела и в последние месяцы беременности. (При беременности имеет место повышение внутрибрюшного давления и высокое содержание эстрогенов и прогестерона, обладающих спазмолитическим эффектом в отношении гладкой мускулатуры, в частности, нижнего пищеводного сфинктера). Основному диагнозу сопутствует ожирение I ст. (ИМТ- 30,5 кг/м²), которое также способствует высокому стоянию диафрагмы и усугублению симптомов ГЭРБ.

2. Для уточнения диагноза и оценки характера имеющихся изменений показаны рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка; ЭГДС с биопсией слизистой пищевода и желудка с последующим гистологическим исследованием на наличие *Helicobacter pylori*, для исключения сопутствующей патологии желудка; суточная РН-метрия.

3. Пациентке следует регламентировать стиль жизни (сон на высокой подушке, ранний ужин, диетические ограничения приема острой, пряной и жирной пищи, а также дозированные физические нагрузки, низкокалорийная диета для снижения веса). Учитывая выраженность клинической симптоматики необходимо подавить воздействие агрессивного желудочного сока на слизистую оболочку назначением антисекреторных препаратов, предпочтительно из группы ингибиторов протонной помпы. Назначить сочетание ингибиторов протонной помпы с прокинетиками и антацидами в полной дозе до наступления клинической ремиссии с последующим переходом на поддерживающие их дозы, всего на 6-8 недель. В случае обнаружения при проведении ЭГДС эзофагита II-III степени, показан контроль состояния заживления эрозий в динамике лечения. При наличии *Helicobacter pylori*, требуется эффективная эрадикация данной инфекции.