

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Функция внешнего дыхания

Цель: освоить функциональные методы исследования внешнего дыхания, усвоить основные синдромы изменения легочных объемов и емкостей, нарушения проходимости бронхов, снижения диффузионной способности легких, принципы дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих с нарушением бронхиальной проходимости.

Задачи: изучить критерии синдромной диагностики нарушений функции внешнего дыхания: обструктивных, рестриктивных нарушений вентиляционной способности легких, диффузионной способности легких.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, тренировочные тесты.

Иметь представление об организации исследования функции внешнего дыхания, методах функциональных тестов, и их применении в соответствии с порядком оказания пульмонологической помощи.

Ординатор должен знать:

1. показания и противопоказания к исследованию ФВД
2. методики проведения исследования ФВД
3. патофизиологию выявленных синдромов,
4. осложнения
5. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

проводить интерпретацию данных спирографии, бодиплетизмографии, исследования диффузионной способности легких, функциональный тест на обратимость обструкции, провокационных тестов для выявления гиперреактивности бронхов, формулировать диагноз на основании полученных данных. Проводить дифференциальный диагноз заболеваний с разными типами нарушения вентиляционной способности легких - обструктивной и рестриктивной.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками проведения спирографии, функциональной пробы с бронхолитиком

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с ХОБЛ, бронхиальной астмой, интерстициальным заболеванием легких.
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации изменений ФВД.
5. Отработка практических навыков спирографии.

Хронокарта клинического практического занятия

	90 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о легочных объемах и емкостях
2. Дифференциальный диагноз обструктивных и рестриктивных нарушений
3. Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний с одышкой с помощью методов исследования ФВД
4. Основные ошибки

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Бронхолитические тесты.
2. Провокационные пробы в пульмонологии

Основные темы докладов:

1. Изменения ФВД при бронхиальной астме
2. Изменения ФВД при ХОБЛ
3. Изменения ФВД при альвеолитах
4. Изменения ФВД при васкулитах

5. Лекарственные препараты, используемые в бронхолитическом тесте
6. Препараты, используемые в бронхопровокационном тесте

Фонд оценочных средств:

Тесты

1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются:
 - а) наличием фиброзно-хрящевого слоя
 - б) внелегочной их локализацией *
 - в) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
 - г) внутрилегочной локализацией

2. Перфузия каких зон легких понижена?
 - а) нижних
 - б) латеральных
 - в) верхних *
 - г) медиальных

3. Цианоз появляется при P_{aO_2} :
 - а) 80 мм. рт. ст.
 - б) 70 мм рт. ст.
 - в) 60 мм рт. ст.*
 - г) 50 мм рт. ст.

4. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:
 - а) дыхательный объем
 - б) остаточный объем легких
 - в) жизненная емкость легких*
 - г) общая емкость легких
 - д) функциональная остаточная емкость легких

5. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:
 - а) спирометрия
 - б) плетизмография*

6. О наличии бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более:
 - а) 10%;
 - б) 5%;
 - в) 1%
 - г) 15%;
 - д) 12%*

7. Что составляет структуру общей емкости легких (ОЕЛ)?
 - а) ЖЕЛ+ООЛ*
 - б) ООЛ+ДО
 - в) ВГО+ЖЕЛ

8. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ
 - а) ОФВ1 более 80%

- б) прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%
- в) ОФВ1 менее 30%
- г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50%до 80%*
- д) проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50%до 80%

9. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:

- а) бронхоальвеолярного лаважа
- б) спирографического исследования*
- в) биопсии слизистой бронхов
- г) цитологического исследования мокроты

10. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:

- а) клинический анализ крови
- б) степень изменений ОФВ1*
- в) рентгенография органов грудной клетки
- г) анализ мокроты

11. Факторами риска развития ХОБЛ являются все, кроме:

- а) генетическая предрасположенность
- б) питание; *
- в) табачный дым
- г) профессиональные пыли (органические и неорганические)
- д) загрязнение воздуха в помещениях, загрязнение атмосферного воздуха

12. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

- а) сальбутамол, сальметерол, формотерол.
- б) будесонид, фликсотид,
- в) Спирива, атровент
- г) Симбикорт, серетид, фостер*

13. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:

- а) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия
- б) легком персистирующем течении (II ступень терапии)
- в) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)
- г)тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии)
- д) все перечисленное*

14. При каком заболевании ведущим симптомом является одышка?

- а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит*
- б) Саркоидоз легких
- в) Остеохондропатия легких

15. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита:

- а) полиорганное поражение
- б) лихорадка неясного генеза
- в)выраженные лабораторные признаки активного воспалительного процесса
- г) наличие кожных изменений
- д) все перечисленное*

16. При каком заболевании формируется обструктивный синдром?

- а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит
- б) Плеврит
- в) Гистиоцитоз Х легких*

17. При каких диффузных болезнях соединительной ткани чаще развивается синдром фиброзирующего альвеолита?

- а) системная красная волчанка
- б) системная склеродермия*
- в) узелковый периартериит

18. Инспираторная одышка встречается при:

- а) Бронхиальная астма
- б) Альвеолит*
- в) С-м Чарж-Штресса
- г) Острый бронхит

19. Сухой приступообразный Кашель характерен при:

- а) Бронхиальная астма легкого течения*
- б) Гидроторакс
- в) Абсцесс после прорыва содержимого в бронх

20. К числу «неотложных» диагностических мероприятий при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии необходимо отнести все кроме

- а) ЭКГ
- б) исследование функции внешнего дыхания*
- в) рентгенографию грудной клетки
- г) ангиопульмонографию
- д) Д-димер

21. В результате определенного патологического процесса у больного наступило уплотнение альвеоллярно-капиллярной мембраны. Диффузия какого газа уменьшится в результате этого в наибольшей степени

- а) кислорода*
- б) углекислого газа
- в) диффузия кислорода и углекислого газа уменьшится в одинаковой степени

22. При сухом кашле необходимо исключать:

- а) опухоль бронха
- в) Трахеобронхиальную дискинезию
- г) бронхиальную астму
- д) все перечисленное*

23. Какое заболевание необходимо заподозрить у пациента с бронхообструкцией, кожными проявлениями васкулита, ЭФ>10% в крови:

- а) БА
- б) с-м Чардж-Штресса*

в) с-м Вегенера

24. Какое заболевание необходимо заподозрить у пациента с поражением легких, кожными проявлениями васкулита, носовыми кровотечениями (изъязвления носовой полости):

а) БА

б) с-м Чардж-Штрота

в) с-м Вегенера*

25. Крепитация в легких требует исключения:

а) альвеолит*

б) БА

в) ХОБЛ

г) плеврит

Контрольные вопросы

1. Определение легочных объемов емкостей
2. Синдромы нарушения ФВД
3. Функциональные критерии бронхиальной астмы
4. Функциональные критерии ФВД
5. Показания к исследованию диффузионной способности легких.
6. Исследование газов крови

Ситуационные задачи

1. Оценить ФВД

197098, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8. тел. 4996829

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Отдел функциональной диагностики легких клиники госпитальной терапии им. М.В.Чернуцкого.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ

Пациент К.Ю.Ю. Дата обследования: 29.04.2010. Пол: М Возраст: 50 Рост: 185 Вес: 105

Параметр	Должны Клемент Р. и др. 84 г., 94 г.	Исходные величины			После вентолина		Измен. % к исх.	
		Фактич.	% к дол.		Фактич.	% к дол.		
Статические легочные объемы								
ОЕЛ (л)	7.60	9.43	124.1	У	9.55	125.6	З	1.27
ЖЕЛ (л)	5.22	3.91	74.9	У	4.74	90.9	Н	1.2К23
РО вд (л)		2.01			0.7->			
РО выд (л)		0.68			0.75			
ДО		1.18			1.27			
ФОЕ (л)	3.87	6.41	165.7	Р	5.96	154.1	З	-7.02
ООЛ (л)	2.38	5.52	231.7	Р	4.94	207.4	Р	-10.51
ООЛ/ОЕЛ (%)	32.50	58.50	180.0	Р	51.70	159.1	Р	-11.62
Бронхиальная проходимость								
ФЖЕЛ (л)	5.22	3.54	67.9		4.38	84.0		23.73
ОФВ1 (л)	4.08	1.30	31.8	Р	1.79	43.9	Р	37.69
СОС25-75 выд (л/с)	4.66	0.40	8.6	Р	0.60	12.9	Р	50.00
ОФВ1/ЖЕЛ (%)	77.30	33.51	43.4	Р	37.76	48.8	Р	12.68
ПОС выд (л/с)	9.37	4.73	50.5	З	5.79	61.8	У	22.41
МОС50 выд (л/с)	5.74	0.53	9.2	Р	0.47	8.2	Р	-1.32
МОС75 выд (л/с)	2.57	0.18	7.0	Р	0.30	11.7	Р	66.67
ПОС вд (л/с)		4.75			5.45			
МОС50 вд (л/с)		4.53			5.12			
МОС50 выд/МОС50 вд		0.12			0.09			
Raw (смН ₂ О/л/с)		6.58		Р	3.93		У	
Raw вд (смН ₂ О/л/с)		6.67			3.76			
Raw выд (смН ₂ О/л/с)		7.87			5.33			
SGaw(l/cmH ₂ O l/c)	0.110	0.021	19.1	Р	0.037	33.6	З	76.19

197098, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8. тел. 4996829

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Отдел функциональной диагностики легких клиники госпитальной терапии им. М.В.Чернуцкого.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ

Пациент Я.Н.И.. Дата обследования: 22.04.2010. Пол: М Возраст: 68 Рост: 164 Вес: 67

Параметр	Должны Клемент Р. и др. 84 г., 94 г.	Исходные величины			После беродуала		Измен. % к исх.	
		Фактич.	% к долж.		Фактич.	% к долж.		
Статические легочные объемы								
ОЕЛЧл	5.78	7.55	130.6	З	7.56	130.8	З	0.13
ЖЕЛ (л)	3.48	2.66	76.5	У	2.99	86.0	Н	12.41
РО вд (л)		1.31			1.14			
РО выд (л)		0.42			1.05			
ДО (л)		0.66			0.80			
ФОЕ (л)	2.96	5.86	198.2	Р	5.77	195.2	Р	-1.54
ООЛ (л)	2.30	4.89	212.5	Р	4.94	214.7	Р	1.02
ООЛ/ОЕЛ (%)	38.44	64.80	168.6	Р	65.30	169.9	Р	0.77
Бронхиальная проходимость								
ФЖЕЛ (л)	3.48	2.03	58.4		2.43	69.9		19.70
ОФВ1 (л)	2.66	0.98	36.9	Р	1.01	38.0	Р	3.06
СОС25-75 выд (л/с)	3.13	0.24	7.7	Р	0.39	12.5	Р	62.50
ОФВ1/ЖЕЛ (%)	75.29	41.00	54.5	Р	33.78	44.9	Р	-17.61
ПОС выд (л/с)	6.86	2.57	37.5	Р	3.32	48.4	З	29.18
МОС50 выд (л/с)	3.83	0.25	6.5	Р	0.51	13.3	Р	104.00
МОС75 выд (л/с)	1.65	0.10	6.1	Р	0.34	20.7	Р	240.00
ПОС вд (л/с)		3.18			2.77			
МОС50 вд (л/с)		2.97			2.44			
МОС50 выд/МОС50 вд		0.08			0.21			
Raw(c,viH ₂ О/c)		6.22		З	4.94		У	
Raw вд (смН ₂ О/л/с)		4.73			4.34			
Raw выд (смН ₂ О/л/с)		8.31			5.91			
SGaw(l/cmH ₂ O l/c)	0.110	0.025	22.7	Р	0.031	28.2	Р	24.00

197098, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8. тел. 4996829

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Отдел функциональной диагностики легких клиники госпитальной терапии им. М.В.Черноруцкого.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ

Пациент Я.Н.И.. Дата обследования: 22.04.2010. Пол: М Возраст: 68 Рост: 164 Вес: 67

Параметр	Должные Клемент Р. и др. 84 г., 94 г.	Исходные величины		После беродуала		Измен. % к исх.		
		Фактич.	% к долж.	Фактич.	% к долж.			
Статические легочные объемы								
ОЕЛЧл)	5.78	7.55	130.6	3	7.56	130.8	3	0.13
ЖЕЛ (л)	3.48	2.66	76.5	У	2.99	86.0	Н	12.41
РО вд (л)		1.31			1.14			
РО выд (л)		0.42			1.05			
ДО (л)		0.66			0.80			
ФОЕ (л)	2.96	5.86	198.2	Р	5.77	195.2	Р	-1.54*
ООЛ (л)	2.30	4.89	212.5	Р	4.94	214.7	Р	1.02
ООЛ/ОЕЛ (%)	38.44	64.80	168.6	Р	65.30	169.9	Р	0.77
Бронхиальная проходимость								
ФЖЕЛ (л)	3.48	2.03	58.4		2.43	69.9		19.70
ОФВ1 (л)	2.66	0.98	36.9	Р	1.01	38.0	Р	3.06
СОС25-75 выд (л/с)	3.13	0.24	7.7	Р	0.39	12.5	Р	62.50
ОФВ1/ЖЕЛ (%)	75.29	41.00	54.5	Р	33.78	44.9	Р	-17.61
ПОС выд (л/с)	6.86	2.57	37.5	Р	3.32	48.4	3	29.18
МОС50 выд (л/с)	3.83	0.25	6.5	Р	0.51	13.3	Р	104.00
МОС75 выд (л/с)	1.65	0.10	6.1	Р	0.34	20.7	Р	240.00
ПОС вд (л/с)		3.18			2.77			
МОС50 вд(л/с)		2.97			2.44			
МОС50 выд/МОС50 вд		0.08			0.21			
Raw(c,viH ₂ O)Mc		6.22		3	4.94		У	
Raw вд (смH ₂ O/л/с)		4.73			4.34			
Raw выд (смH ₂ O/л/с)		8.31			5.91			
SGaw(l/cMH ₂ O Г°c)	0.110	0.025	22.7	Р	0.031	28.2	Р	24.00

Ситуационно-клиническая задача № 3 (ответ – диагноз ХОБЛ и ХЛС)

Мужчина, 60 лет, пенсионер.

Жалобы: на одышку с затрудненным выдохом в покое, усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, приступообразный кашель со скудной слизистой мокротой, отеки стоп, голеней, бедер.

Анамнез заболевания: В детстве часто простудные заболевания (2-3 раза в год), сопровождающиеся кашлем. Дважды - затяжные пневмонии. С 45 лет беспокоит постоянный кашель, возникла необходимость по утрам откашливать мокроту. Обострение заболевания с усилением кашля, отделением слизисто-гноной мокроты 2-3 раза в год. С 50 лет появилась преходящая одышка. С 55 лет одышка стала постоянной, вначале при небольшой физической нагрузке, а последний год в покое. За последние полгода резко похудел, появились отеки ног. В настоящее время после перенесенного гриппа усилились кашель и выделение мокроты, в течение месяца выросла одышка, увеличились отеки.

Из анамнеза жизни известно, что больной курит с 15 лет, в прошлом злоупотреблял алкоголем, работа была связана с профессиональными вредностями (строитель). Аллергологический анамнез – без особенностей.

Объективно: Кожные покровы суховаты, диффузный цианоз. Подкожная жировая клетчатка истощена, отеки стоп, голеней, бедер, ягодиц. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт ст. PS - 90 в мин, 4 экстрасистолы в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. ЧД - 26 в мин. Перкуторно над всеми отделами легких коробочный звук. При аускультации легких дыхание жесткое, множество сухих хрипов. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край печени плотный, ровный, болезненный. Селезенка и лимфатические узлы не увеличена.

Данные дополнительных исследований:

Клинический анализ крови: эритроциты-5,5 10¹²/л, гемоглобин-190 г/л лейкоциты-8x10⁹/л б-1, палочкоядерные нейтрофилы -5, сегментоядерные -60, лимфоциты -35, моноциты 9, СОЭ-2мм/ч

Цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления.

Рентгенограммы легких: Диффузное усиление легочного рисунка, признаки эмфиземы.

ЭКГ: Отклонение электрической оси вправо, высокие R в II, III, aVF, V1-2. Увеличение амплитуды R в III, aVF, V1-2.

Спирография: ОФВ1-55%, после ингаляции сальбутамола- прирост ОФВ1 на 5%. Проба Тиффно – 65%. Газы крови: рСО₂-35 мм рт ст., рО₂- 55 мм рт ст

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза.
2. Сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным.
3. Сформировать план лечебно-диагностического поиска.
4. Указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного.

Ситуационно-клиническая Задача № 4 (ответ – диагноз Альвеолит)

Больная А., 42 лет, бухгалтер по профессии, госпитализирована в пульмонологическое отделение в связи с жалобами на прогрессирующую одышку с затруднением вдоха, сухой кашель, возникающий при глубоком вдохе, боли ноющего характера под углами лопаток, усиливающиеся при глубоком дыхании, общую слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Больна в течение 8 месяцев, когда появился сухой кашель, субфебрильная температура, слабость. Состояние было расценено как ОРЗ, назначены аспирин, супрастин, глюконат кальция. Самочувствие больной продолжало ухудшаться. Появилась и стала постепенно нарастать одышка. Больная жаловалась на невозможность глубокого вдоха. Затем присоединились ноющие боли под углами лопаток при глубоком вдохе. Участковым терапевтом при аускультации были выявлены крепитирующие хрипы, на основании чего заподозрили пневмонию и начали терапию ампициллином в дозе 2 г/сутки. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, стабилизировать состояние не удалось. Сохранялась слабость, потливость, сухой кашель, больная похудела на 5 кг за полгода. Неуклонно прогрессировала одышка. Были выполнены рентгенограммы легких и больную направили в противотуберкулезный диспансер, где данных за туберкулез не было получено. Для обследования и подбора терапии была направлена на госпитализацию в пульмонологическое отделение.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые обычного цвета, чистые. PS – 96 в 1 минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. столба. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. ЧД – 24 в 1 минуту. Симптомы Штернберга и Потенджера отрицательны с двух сторон. Голосовое дрожание не изменено, симметрично. Перкуторный тон ясный, легочный. Дыхание везикулярное, ослабленное. Сзади с 2-х сторон выслушиваются крепитирующие хрипы по типу «треска целлофана» до уровня нижней 1/3 лопаток. Язык влажный, розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги по *lin. medioclavicularis dextra*. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Поколачивание по пояснице безболезненно с 2-х сторон.

Данные дополнительных обследований: Анализ крови: эритроциты- 4,2 x 10¹² / л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 6,4 x 10⁹ /л, эозинофилы – 1, базофилы – 0, палочкоядерные нейтрофилы – 3, сегментоядерные – 58, лимфоциты – 35, моноциты – 3. СОЭ – 26 мм /час. компонента в виде нечетких контуров сосудов, перибронхиально –

периваскулярных изменений и мелкой ячеистости. В субплевральных отделах обоих легких видны фокусы понижения прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла». Наибольшая выраженность изменений прослеживается в средне-нижних зонах обоих легких. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма высоко расположена (задние отделы IX ребра), имеет четкие, ровные контуры. Сердечная тень широко лежит на диафрагме с низкими дугами.

Исследование ФВД: ЖЕЛ – 68 % должной величины, ОФВ 1 – 80 % должной величины, тест Тиффно – 75 %.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза.
2. Сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным.
3. Сформировать план лечебно-диагностического поиска.
4. Указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного.

На рентгенограммах грудной клетки в 2-х проекциях определяется распространенное усиление легочного рисунка за счет интерстициального

Ситуационно-клиническая Задача № 5 (ответ – синдром кашель – диагноз ХОБЛ)

Мужчина 62 лет обратился к врачу с жалобами на одышку смешанного характера, которая возникает при умеренных физических нагрузках, проходящая в покое.

Анамнез: ранее считал себя совершенно здоровым, болел редко, однако при расспросе выявлено, что в течение многих лет по утрам отмечает кашель с отделением серовато-белой мокроты.

Анамнез жизни: курит с 10 лет, в настоящее время по 20 сигарет в день.

Объективно: Состояние удовлетворительное. ЧДД 20 в 1 мин. PS 80 в 1 мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, соотношение тонов не различить, шумы не выслушиваются. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно над легкими тон коробочный. Дыхание жесткое, рассеянные жужжащие хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза.
2. Сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным.
3. Сформировать план лечебно-диагностического поиска.
4. Указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>