

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: ХОБЛ. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохаркания, гипервоздушности легких, легочного уплотнения, синдром апноэ во сне.

Цель: закрепить знания по диагностике ХОБЛ. Усвоить основные принципы лечения ХОБЛ.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез ХОБЛ, изучить критерии диагноза, основные принципы оказания неотложной помощи, плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор. Создание реферативного сообщения, презентации.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с ХОБЛ, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения ХОБЛ и их применении в соответствии с порядком оказания пульмонологической помощи.

Ординатор должен знать о ХОБЛ

1. особенности жалоб и анамнеза
2. критерии и клинические проявления бронхообструктивного синдрома
3. классификацию препаратов для лечения ХОБЛ
4. патофизиологию бронхообструктивного синдрома
5. определения ХОБЛ
6. этиологию и патогенез ХОБЛ
7. этапы диагностического поиска при подозрении на ХОБЛ и дифференциальной диагностике ХОБЛ
8. классификацию ХОБЛ
9. осложнения ХОБЛ
10. особенности терапии
11. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при выявлении бронхообструктивного синдрома, признаков ХОБЛ, формулировать план диагностики и лечения, диагностировать ХОБЛ, степени тяжести, осложнения, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований системы органов дыхания формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации GOLD, оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях, обусловленных ХОБЛ, назначать базисную бронхо-, муколитическую, антибактериальную, симптоматическую терапию ХОБЛ.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при подозрении на ХОБЛ, диагностики ХОБЛ, степени тяжести, осложнений, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, GOLD, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях, обусловленных ХОБЛ, назначения терапии.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

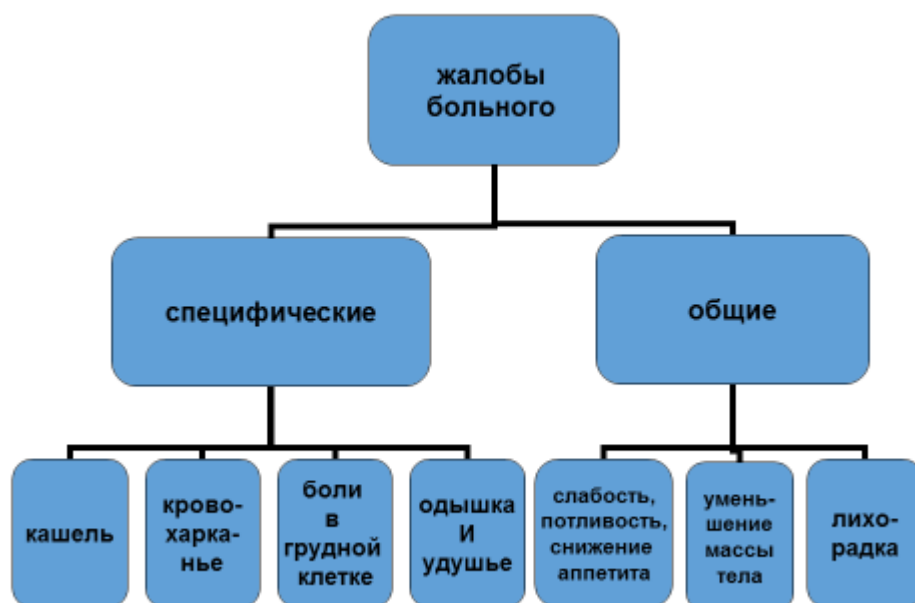
Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 5 часов

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Современные представления об этиологии и патогенезе ХОБЛ
3. Современная классификация ХОБЛ
4. Основные препараты для лечения ХОБЛ, механизм действия





ХОБЛ:
особенности воспаления – сравнение с
астмой



Адаптировано из: www.goldcopd.org

Определение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - заболевание, характеризующееся *частично необратимым ограничением воздушного потока*.

ограничение воздушного потока, как правило, имеет *неуклонно прогрессирующий характер* и вызвано аномальной воспалительной реакцией легочной ткани на раздражение различными патогенными частицами и газами.



ХОБЛ: предварительный диагноз

Анкета для пациентов

1. Беспокоят ли Вас эпизоды кашля в течение большинства дней? Да Нет
2. Откашливается ли у Вас мокрота в течение большинства дней? Да Нет
3. Возникает ли у Вас одышка быстрее, чем у большинства людей Вашего возраста? Да Нет
4. Вы старше 40 лет? Да Нет
5. Вы курите или курили ранее? Да Нет

Ответ «Да» на три и более вопроса указывает на то, что диагноз ХОБЛ вероятен.

www.goldcopd.org

ХОБЛ: осмотр



Объективные признаки ХОБЛ могут отсутствовать! Обычно они отмечаются уже после значительного нарушения функции легких и могут включать следующие:

- ▶ Бочкообразная грудная клетка с расширенными межреберьями
- ▶ Парадоксальное втяжение межреберных промежутков на вдохе
- ▶ Приглушенные тоны сердца из-за эмфиземы
- ▶ Сужение или исчезновение зоны сердечной тупости при перкуссии
- ▶ ЧДД в покое >20/мин
- ▶ Дыхание через губы, сложенные трубочкой (для более полного выдоха)
- ▶ Участие в акте дыхания вспомогательных мышц (лестничных и грудино-ключично-сосцевидных)
- ▶ Ослабление дыхательных шумов
- ▶ Сухие свистящие хрипы при спокойном дыхании в фазу выдоха
- ▶ «Барабанные палочки» и «часовые стекла»
- ▶ Цианоз (в том числе цианоз слизистых)
- ▶ Отеки нижних конечностей (вследствие правожелудочковой недостаточности)
- ▶ Увеличение печени при пальпации

СИМПТОМЫ
кашель
мокрота
одышка

НАЛИЧИЕ ФАКТОРОВ РИСКА
Курение;
профессиональные вредности;
загрязнение окружающей среды

Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания необходимо проведение спирометрии

СПИРОМЕТРИЯ

www.goldcopd.org



Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов (*указать заболевания*)
4. Интерпретация исследований: общего анализа крови, инструментальных исследований (рентгенограммы, данные ФВД, УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфии).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при *ХОБЛ*.

6. Разбор историй болезней пациентов с ХОБЛ в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов с ХОБЛ с осмотром, определением типа ХОБЛ, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (рентгенограммы, ФВД, УЗИ, ЭХО-КГ, КТГ, МРТ, сцинтиграфия) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности, дыхательной гимнастики.

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 ХОБЛ
2. Дифференциальный диагноз ХОБЛ
3. Алгоритм ведения пациента с подозрением и подтвержденным ХОБЛ на амбулаторном, стационарных этапах
4. Основные ошибки амбулаторного этапа

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

Основные темы рефератов:

1. Методы профилактики ХОБЛ
2. Никотиновая зависимость, выявление, лечение
3. Дифференциальный диагноз ХОЛ и бронхиальной астмы
4. Фенотипы ХОБЛ
5. Системные проявления ХОБЛ

Основные темы докладов:

1. Осложнения ХОБЛ, методы выявления, профилактика осложнений.
2. Длительная кислородотерапия на дому при тяжелых формах ХОБЛ
3. Школы для больных ХОБЛ
4. Формирование регистра пациентов с ХОБЛ
5. Устройства для ингаляций лекарственных средств – ингаляторы, небулайзеры

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. Иммунную систему составляют клетки:

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) макрофаги
- г) дендритные клетки селезенки
- д) эпителиальные клетки селезенки
- е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
- ж) все перечисленные клетки *

4. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:

- а) костный мозг
- б) вилочковая железа *
- в) селезенка
- г) лимфатические узлы

5. Основным органом дифференцировки и онтогенеза В-лимфоцитов является:

- а) костный мозг *

- б) селезенка
- в) вилочковая железа
- г) лимфатические узлы

6. 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.

7. 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

8. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:

- а) спирометрия
- б) исследование диффузионной способности легких

9. О наличии бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более:

- а) 10%;
- б) 5%;
- в) 1%
- г) 15%;
- д) 12%*

10. Что составляет структуру общей емкости легких (ОЕЛ)?

- а) ЖЕЛ+ООЛ*
- б) ООЛ+ДО
- в) ВГО+ЖЕЛ

11. 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%
- е) плетизмография*

12. К пролонгированным формам метилксантинов относят только:

- а) теотард,*
- б) беродуал;
- в) нифекард;
- г) эуфиллин;
- д) симбикорт

13. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?

- а) отсутствие противовирусных антител
- б) прирост антител*
- в) снижение уровня антител

14. Детский анамнез имеет значение для диагностики:

- а) бронхоэктатической болезни*
- б) абсцесса легкого
- в) саркоидоза

15. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?

- а) отсутствие противовирусных антител
- б) прирост антител*
- в) снижение уровня антител

16. Детский анамнез имеет значение для диагностики:

- а) бронхоэктатической болезни*
- б) абсцесса легкого
- в) саркоидоза

17. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких -

- а) нагноительный процесс в брюшной полости
- б) контаминация
- в) септическое состояние
- г) аспирация*

18. 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

19. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

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

20. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- а) экспираторная*
- б) инспираторная
- в) смешанная.

21. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?

- а) Тромбоэмболия легочной артерии; б) Бронхоэктатическая болезнь; в) Рак легкого; г) Митральный стеноз; д) Эмфизема легких.

Выберите правильную комбинацию:

- а) а, в;
- б) б, в;
- в) а, б, в;

- г) а, в, г, д;
- д) а, б, в, г*

22. Для какого заболевания характерно кровохарканье?

- а) Ангиолейомиоматоз легких*
- б) Гистиоцитоз Х легких
- в) ИФА

23. При каком заболевании формируется обструктивный синдром?

- а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит
- б) Плеврит
- в) ГистиоцитозХ легких*

24. Для какого заболевания характерна гиперсекреция слизистой бронхов?

- а) Альвеолярный протеиноз легких
- б) Бронхиолоальвеолярный рак*

25. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:

- а) Мак-Леода
- б) Картагенера-Зиверта*
- в) Вильямса-Кемпбелла

26. При длительной субфебрильной температуре по вечерам нужно исключить

- а) Туберкулез
- б) Бронхоэктазы
- в) Опухоль
- г) Все перечисленное*

Контрольные вопросы

1. Определение и сущность ХОБЛ;
2. Характеристика ведущего синдрома – бронхообструктивного;
3. Патогенез ХОБЛ;
4. Классификация ХОБЛ;
5. Группы риска обострений;
6. Лечебные мероприятия при ХОБЛ

Ситуационные задачи

Ситуационно-клиническая задача №1 (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-гноющей 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 № 2 (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- $4,2 \times 10^{12}$ / л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1, базофилы – 0, палочкоядерные нейтрофилы – 3, сегментоядерные – 58, лимфоциты – 35, моноциты – 3. СОЭ – 26 мм /час.

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

Ситуационно-клиническая задача №3 (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.

Ситуационно-клиническая задача № 4 (ответ – синдром декомпенсации хронической ДН – диагноз БЭ)

Пациент 58 лет поступил в стационар для обследования и лечения по направлению участкового терапевта с диагнозом: обострение хронического бронхита. По специальности механик, но последнее время работает кладовщиком в сыром, холодном помещении. Алкоголем не злоупотребляет, курил с 18 лет до 55 лет по 30 сигарет в день. В детстве перенес краснуху, коклюш, пневмонию, часто болел бронхитами (минимум 2 раза в год). Ранее проживал в деревне, в течение последнего года после смены работы частота бронхитов увеличилась, отмечает появление одышки при выраженной физической нагрузке. К участковому терапевту обратился впервые, болен в течение 2 недель, эффект от проводимой терапии (ампициллин, бромгексин) не достаточный. Несмотря на снижение температуры тела до субфебрильных цифр, сохраняются: слабость, ночная потливость, прогрессирует одышка стала возникать при небольшой физической нагрузке, кашель с большим количеством мокроты слизисто-гнойного характера. При осмотре: астенической конституции, бледен, ЧСС – 88 в мин, ЧДД – 26 в мин, перкуторный тон над легкими имеет коробочный оттенок, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, диффузно выслушиваются сухие хрипы, справа в проекции базальных сегментов – укорочение перкуторного тона, разнокалиберные влажные хрипы. В клин. ан. крови : лейкоциты- $10 \cdot 10^9$, пя – 6%, ся – 74%, мц – 4%, лмц – 16%, токсич.зернист.лейкоц.+, нб – 110, СОЭ – 36 мм в час. В общем анализе мочи: показатели в пределах нормы. В анализе мокроты: признаки выраженного воспаления с большим количеством нейтрофилов и макрофагов. На рентгенограммах легких: повышение прозрачности легочных полей, диафрагма расположена низко, ячеистый характер деформации легочного рисунка в проекции базальных сегментов правого легкого, корни легких не изменены.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, совпадает ли он с диагнозом направления?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить для достижения ремиссии?

Ситуационно-клиническая задача № 5 (ответ – синдром острой ДН, резкой боли в грудной клетке диагноз - Пневмогидроторакс, Абсцесс)

Пациент С. 57 лет находится в терапевтическом отделении районной больницы 3 сутки с диагнозом: Острый гнойный аспирационный абсцесс в S 10 левого легкого. Течение средней тяжести. Эпилепсия. Получает: антибактериальную, муколитическую, противосудорожную терапию. Заболел после очередного приступа эпилепсии, более 2 недель назад, до поступления в стационар лечился самостоятельно на дому жаропонижающими, отхаркивающими и противосудорожными средствами. При поступлении отмечал жалобы на общую слабость, ознобы и ночные поты, кашель с гнойной мокротой в большом количестве с неприятным запахом. При рентгенографии на момент поступления имеется полость в S 10 левого легкого с уровнем жидкости и инфильтрацией вокруг. В клин.ан.крови: лейкоциты- $18 \cdot 10^9$, пя – 24%, ся – 56%, мц – 5%, лмц – 15%, токсич.зернист.лейкоц.+++ , нб – 100, СОЭ – 52 мм в час. В общ.ан.мочи: протеинурия, цилиндрурия. В биохим.ан.крови: гипопропротеинемия, СРБ ++. На 3 сутки пребывания в стационаре отмечено: ухудшение самочувствия, после резкой боли в груди выросла одышка, появился цианоз кожных покровов, сидит в постели, ЧДД – 32 в мин, слева дыхательные шумы выслушиваются слабо, перкуторно слева тимпанит. При рентгенографии легких (cito): субтотальное спадение левого легкого, горизонтальный уровень жидкости в левой плевральной полости.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Тактика врача в данной ситуации?
3. Лекарственные средства

Ситуационно-клиническая задача №6 (ответ – синдром ДН, кашля, лихорадка, боль в грудной клетке - диагноз Абсцесс – с дренирование абсцесса в бронх в момент осмотра врача)

Пациент Т. 42 лет доставлен в стационар машиной скорой помощи с диагнозом направления: внебольничная правосторонняя пневмония? Работает слесарем на машиностроительном заводе, живет один. Питание не регулярное (работаем сутками). Курильщик с многолетним стажем (курит с 15 лет по ½ - 1 пачке сигарет без фильтра в день), периодически злоупотребляет алкоголем (запой по 5-7 дней). Последний раз алкоголь употреблял в течение 8 дней накануне госпитализации (день рождения, новый год). Заболел остро после переохлаждения (в состоянии алкогольного опьянения пролежал более часа на улице на снегу, был найден соседкой по подъезду, с ее слов у больного отмечалась рвота). В течение последних 5 дней предъявляет жалобы на: сильную слабость, отсутствие аппетита, ознобы с повышением температуры тела до 38,9°, потливость, особенно ночью, одышка при небольшой нагрузке, тяжесть при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель мучительный сухой или с небольшим количеством мокроты. Объективно: пониженного питания, бледен, лежит на правом боку, полость рта требует санации, ЧСС 108 уд./мин, АД 105/60 мм. рт. ст. ЧДД 28/мин. При осмотре грудной клетки обращает внимание: отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, справа внизу участок усиления дыхания, там же перкуторно определяется притупление. В клин. ан. крови (cito): лейкоциты- 16*10⁹, пя – 11%, ся – 64%, мц – 6%, лмц – 19%, токсич. зернист. лейкоц. ++, нб – 115. В общем анализе мочи: белок – 0,099/л, лейкоц. – 2-4 в п.з., эр. - 2-3 в п.з. На рентгенограммах легких: интенсивное инфильтративное негетомогенное затенение в Х сегменте правого легкого с выпуклой границей в сторону здоровой ткани и более плотными очагами внутри, корни легких реактивно изменены. Во время осмотра лечащим врачом у пациента развился сильный приступ кашля с отхождением большого количества зловонной гнойной мокроты. При аускультации в зоне пораженного легкого появились крупнопузырчатые

Ситуационно-клиническая задача 5 (ответ - астматический статус)
Женщина 47 лет доставлена в стационар бригадой «скорой помощи» с затяжным приступом удушья, возникшим через полчаса после в/м введения диклофенака по поводу пояснично-крестцового радикулита.

Из анамнеза известно, что более 20 лет страдает бронхиальной астмой с ежегодными весенними обострениями, в этот период получала терапию «симбикортом» 160/4,5 мкг 2 раза в день. Анамнез жизни: больная наблюдается у ЛОР-врача с полипозным риносинуситом, дважды проводилась полипэктомия. Лекарственной аллергии ранее не отмечалось.

Объективно: Состояние тяжелое. Возбуждена. Кожные покровы синюшные. ЧДД 32 в 1 мин, выдох затруднен. PS 110 в 1 мин., ритмичный. АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон сохранен на верхушке, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, резко ослаблено, участок немного легкого слева под лопаткой. Живот мягкий, безболезненный.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза.
2. Сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным.

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>

Методическое обеспечение:

наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
истории болезни,