

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

О. В. ПАВЛОВИЧ, Я. С. МИКША

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ С РЕШЕНИЯМИ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Сборник задач



Минск БГМУ 2015

УДК 616.24 (076.1) (075.8)
ББК 54.12 я73
П12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 18.02.2015 г., протокол № 6

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. П. С. Кривонос; канд. мед. наук, доц. Т. Ф. Тихомирова

Павлович, О. В.

П12 Клинические задачи с решениями по пульмонологии : сб. задач / О. В. Павлович, Я. С. Микша. – Минск : БГМУ, 2015. – 24 с.

ISBN 978-985-567-332-4.

Представлены клинические задачи с объяснениями их решений, направленные на формирование клинического мышления в процессе дифференциальной диагностики в пульмонологии. Предназначено для студентов 6-го курса лечебного факультета и врачей-интернов.

УДК 616.24 (076.1) (075.8)
ББК 54.12 я73

Учебное издание

Павлович Ольга Вениаминовна
Микша Ядвига Станиславовна

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ С РЕШЕНИЯМИ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Сборник задач

Ответственная за выпуск Н. П. Митьковская
Корректор А. В. Царь
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 19.02.15. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,96. Тираж 99 экз. Заказ 605.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-567-332-4

© Павлович О. В., Микша Я. С., 2015
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2015

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Заболевания дыхательной системы чрезвычайно широко распространены во всем мире, при этом их нозологическая диагностика нередко вызывает затруднения у практических врачей. Основные пульмонологические симптомы: одышка, кашель, боль в грудной клетке, кровохарканье — не являются строго специфичными для заболеваний легких. Рентгенологические синдромы, выявляемые при исследовании органов грудной клетки, также требуют дифференцированного подхода. В связи с этим необходимо обучать будущих врачей умению видеть за отдельными симптомами и синдромами причины, их вызывающие. Этому способствует объяснительный стиль решения представленных клинических задач.

Цель занятия: усовершенствовать практические навыки постановки клинического диагноза в пульмонологии.

Задачи занятия:

1. Приобрести опыт клинического мышления при постановке диагноза в пульмонологии.
2. Повысить уровень интерпретации рентгенологических проявлений пульмонологических заболеваний.
3. Углубить методику дифференциальной диагностики в пульмонологии.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Строение бронхиального дерева и легких.
2. Основы рентгеноанатомии легких.
3. Методика обследования пульмонологических пациентов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Аускультативные феномены поражения бронхолегочной системы.
2. Важнейшие рентгенологические синдромы заболеваний легких.
3. Значение компьютерной томографии, фибробронхоскопии и УЗИ в диагностике заболеваний легких и плевры.
4. Значение лабораторных методов диагностики заболеваний легких.
5. Поражение легких при сердечно-сосудистых заболеваниях.
6. Поражение легких при системных заболеваниях соединительной ткани.
7. Дифференциальная диагностика инфильтратов различной этиологии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

У женщины 52 лет появился мучительный сухой кашель. Температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно антибиотиками без эффекта. До этого считала себя здоровой. Участковый терапевт при осмотре патологии в легких не выявил. Общий анализ крови в норме. На обзорной рентгенограмме в III сегменте левого легкого определяется одиночное округлое образование с четкими границами и однородной структурой — так называемое «монетовидное образование».

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания необходимо предположить в первую очередь?
2. Какие заболевания могут проявляться на рентгенограмме в виде «монетовидного образования» в легких?
3. Имеются ли рентгенологические признаки инфекционной природы этого образования?
4. Имеются ли рентгенологические признаки туберкулезной каверны?
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 2

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?
2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 3

Пациент 72 лет, в прошлом — курильщик. Лечился в отделении кардиологии по поводу «ИБС: кардиосклероз. ХСН ФК III (Н_{IIb}). Право-

сторонний гидроторакс». При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на одышку, отеки на ногах. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, одышка и отеки на ногах уменьшились. Однако справа дыхание по-прежнему не проводилось, в связи с чем выполнена обзорная рентгенография легких. Выявлены изменения, которые расценены рентгенологом как тотальный правосторонний гидроторакс. Для проведения плевральной пункции и дальнейшего лечения пациент был переведен в отделение пульмонологии, где рентгенограмма пересмотрена консилиумом врачей. На рентгенограмме — тотальное затенение правого легочного поля однородной структуры. Средостение смещено вправо, трахея также изогнута вправо. В левой половине грудной клетки тень сердца просматривается не совсем отчетливо. При исследовании легочного рисунка хорошо виден левый главный бронх, правый бронх не прослеживается. Определяется отсутствие V ребра справа.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Есть ли экстренные показания для плевральной пункции?
2. Какими патологическими процессами может быть обусловлено тотальное затенение легочного поля на рентгенограмме?
3. Какие диагностические ошибки допущены со стороны рентгенолога?
4. Какие диагностические ошибки допущены со стороны кардиолога?
5. Каков заключительный диагноз?

ЗАДАЧА 4

Женщина 68 лет потеряла сознание на улице и была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение интенсивной терапии с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Произведена срочная интубация, начата искусственная вентиляция легких. После интубации аускультативно дыхание в левой половине грудной клетки не проводится. Выполнена обзорная рентгенография легких. На рентгенограмме видны ЭКГ-электроды, эндотрахеальная трубка, а также металлические застёжки от бюстгалтера, тотальное затенение левого легочного поля однородной структуры. Если проследить за контуром эндотрахеальной трубки, тень которой определяет и расположение трахеи, то можно заметить, что вверху она смещена влево, а внизу отклоняется вправо.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Назовите возможные причины тотального однородного затенения левого легкого.
2. Какие действия необходимо срочно предпринять?
3. Является ли патология в легких независимым конкурирующим заболеванием у данной пациентки?

ЗАДАЧА 5

Женщина 59 лет обратилась к врачу с жалобами на нарастающую одышку в течение 6 месяцев, слабость. Три месяца назад с этими жалобами она была госпитализирована в пульмонологическое отделение, где был выставлен диагноз «Двусторонняя пневмония». Проводимая антибактериальная терапия не дала эффекта. После выписки из стационара состояние продолжало ухудшаться: усилились одышка, слабость. Последние 3 дня отмечается повышение температуры до субфебрильной. При аускультации в заднебазальных отделах и в межлопаточной области выслушивается крепитация. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в нижних отделах обоих легких имеется неоднородное затемнение с ячеистой структурой.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какой патологический процесс в легких можно предположить?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие лекарственные средства следует прежде всего назначить?
4. Какова дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА 6

При проведении плановой флюорографии у мужчины 47 лет, экономиста по профессии, были выявлены изменения в корне правого легкого. Пациент жалоб не предъявлял. Физикальный осмотр патологии также не выявил. Выполнена обзорная рентгенография легких. На рентгенограмме в области корня правого легкого определяется участок затемнения округлой формы с ровными закругленными контурами и однородной структурой. За областью затемнения просматривается контур восходящей аорты и легочная артерия нормальных размеров. После заключения рентгенолога («Нельзя исключить центральный рак правого легкого») был направлен в пульмонологическое отделение.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. С какими заболеваниями надо дифференцировать образование в правом корне легкого?
2. Какое заболевание вы бы предположили в первую очередь?
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 7

Мужчина 35 лет, сантехник, обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, сонливость и потерю аппетита. На обзорной рентгенограмме в

обоих легких на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяется множество мелкоочаговых теней различной величины, преимущественно в средних и нижних отделах. Лимфаденопатия корней легких и средостения отсутствует.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие заболевания с подобной рентгенологической картиной наименее вероятны?
3. Какое заболевание можно предположить прежде всего?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 8

Мужчина 44 лет, слесарь, обратился за помощью в связи с нарастающей одышкой, малопродуктивным кашлем. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 20 пачек/лет. При аускультации рассеянные сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно. Видны передние отрезки девяти ребер.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить до обзорной рентгенографии легких?
2. Какая патология отображена на рентгенограмме?
3. Какое заболевание можно предположить после обзорной рентгенографии легких?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 9

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки. Для исключения перелома ребер направлен в травмопункт. На обзорной рентгенограмме легочные поля без особенностей, синусы свободны. Признаков перелома ребер не выявлено. Однако рентгенолог обратил внимание на узуры нижних краев задних отрезков IV–VII ребер. Для уточнения причины торакалгии пациент направлен к терапевту по месту жительства.

Данные осмотра: телосложение нормостеническое. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, шум трения плевры не определяется. При аускультации сердца слышны акцент II тона над аортой, систолический шум в межлопаточном пространстве. При наклоне пациента вперед с опущенными вниз руками вокруг лопатки пальпаторно определяется усиленная пульсация. АД на обеих руках 150/90 мм рт. ст., на обеих ногах — 100/70 мм рт. ст. ЭКГ без изменений.

Из анамнеза: родился в сельской местности от здоровых родителей. Рос и развивался нормально, от сверстников в развитии не отставал. С ранних лет занимался велоспортом в школьной секции. Приблизительно с 16 лет стала беспокоить головная боль, что связывал с перегрузками (большая учебная программа в школе, компьютерные игры).

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Объясните причину узурации ребер.
3. Дальнейшая тактика терапевта.

ЗАДАЧА 10

Мужчина 30 лет с избыточной массой тела обратился с жалобами на повышение температуры, болезненные красные узлы на обеих голених, припухание и болезненность правого голеностопного сустава. Лечился в отделении ревматологии по поводу реактивного артрита правого голеностопного сустава и узловой эритемы. На обзорной рентгенограмме легких выявлена двусторонняя лимфаденопатия средостения.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания могут давать изменения, выявленные на обзорной рентгенограмме?
2. Для какого заболевания характерно сочетание артрита, узловой эритемы и поражения легких?
3. Какой показатель в биохимическом анализе крови и какое обследование необходимо включить для дифференциальной диагностики?

ЗАДАЧА 11

У пациентки 68 лет в течение 2 недель появилась и стала нарастать одышка. Других жалоб нет. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 15 пачек/лет. Несмотря на это, всегда чувствовала себя бодрой и здоровой. При аускультации дыхание слева ослаблено, хрипов нет. На обзорной рентгенограмме в области верхней доли левого легкого

определяется снижение пневматизации. Просветы бронхов на фоне тени не определяются.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каким будет основное предположение относительно патологического процесса, развившегося у данной пациентки?
2. Почему затенение не интенсивное, а лишь снижена воздушность?
3. Какие рентгенологические признаки появляются в динамике при несвоевременном обращении пациентов?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Сформулируйте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 12

Мужчина 57 лет доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровохарканье. Отмечается также похудение за последний месяц. При физикальном обследовании патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме в среднем легочном поле определяется толстостенная полость (толщина стенок превышает 5 мм) с жидкостью, прилежащая к тени левого корня.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. При каких заболеваниях может образоваться полость в легких?
2. Какой наиболее вероятный диагноз у данного пациента?

ЗАДАЧА 13

Мужчина 34 лет предъявлял жалобы на немотивированные подъемы температуры тела до высоких значений, слабость, кашель, похудение, потливость. Терапевтом было обнаружено увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов. Лимфоузлы безболезненные, плотные, подвижные, не спаяны с кожей, без признаков воспаления. На обзорной рентгенограмме корень правого легкого расширен, с четкими полициклическими контурами. Средостение смещено влево.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какой признак при морфологическом исследовании ткани лимфоузла является патогномоничным?

ЗАДАЧА 14

Пожилая женщина потеряла сознание в поликлинике. Была реанимирована бригадой скорой медицинской помощи. После первоначального улучшения и безуспешной попытки установить центральный катетер состояние пациентки стало быстро ухудшаться. Срочно доставлена в приемный покой ближайшей клиники, где была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки. Определяется повышенная пневматизация правого легочного поля в плащевом отделе с отсутствием легочного рисунка. Средостение смещено в сторону, противоположную просветлению. При внимательном исследовании снимка выявляется наличие воздуха в мягких тканях в правой надключичной области.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какова причина повторного ухудшения состояния?
2. Какое действие необходимо срочно предпринять?

ЗАДАЧА 15

Пациентка 55 лет обратилась к терапевту после двух эпизодов кровохарканья. Курит по 15 сигарет в день в течение многих лет. На обзорной рентгенограмме в прямой проекции в средней части легочного поля определяется ограниченное затенение треугольной формы с вершиной, обращенной к корню. Горизонтальная междолевая щель смещена вниз. Купол диафрагмы подтянут кверху. В боковой проекции определяется интенсивное затенение, однородное по структуре.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Для какого патологического состояния данная рентгенологическая картина наиболее характерна?
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз данной пациентки.

ЗАДАЧА 16

У женщины 26 лет в раннем послеродовом периоде появились выраженная одышка, цианоз, тахикардия, понизилось АД. Над всей поверхностью легких выслушиваются свистящие хрипы, в нижних отделах — крепитация. Пациентку подключили к аппарату ИВЛ. Через сутки состояние остается крайне тяжелым — PaO_2 снижается до 35–45 мм рт. ст., возрастают легочное сосудистое сопротивление и давление в легочной

артерии. На обзорной рентгенограмме выявляются множественные круглые тени, на фоне которых прослеживаются просветления линейной формы — просветы бронхов.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятный?
2. Назовите причину данного состояния.

ЗАДАЧА 17

Мужчина 54 лет, пожарный, поступил в отделение реанимации с диагнозом «Острый панкреатит». Через 3 дня у пациента появились жалобы на нарастающую одышку. Была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки в положении лежа на спине, учитывая тяжелое состояние. Все левое легочное поле затенено, структура затенения довольно однородная. В правом легочном поле патологических изменений не выявляется, смещение органов средостения отсутствует.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Назовите возможные причины данного состояния.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

ЗАДАЧА 18

Мужчине 59 лет была выполнена плановая флюорография, на которой в нижних отделах обоих легких между передними отрезками VI и VII ребер по среднеключичной линии обнаруживается небольшая, размером 1,5 см, тень овальной формы с четкими контурами.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?

ЗАДАЧА 19

Мужчина 24 лет обратился к терапевту с жалобами на кашель и боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле и глубоком вдохе. Ранее ничем не болел. На обзорной рентгенограмме определяется полоса просветления в плащевом отделе левого легочного поля шириной до 2 см. На фоне просветления отсутствует легочный рисунок.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Какие дополнительные обследования следует провести?
3. Есть ли в данном случае необходимость пункции?

ЗАДАЧА 20

Женщина 35 лет, преподаватель иностранного языка в высшем учебном заведении, не замужем, была доставлена в приемный покой бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на повторяющуюся кровохарканье в течение последних 3 дней. Госпитализирована в пульмонологическое отделение. Все проведенные лабораторно-инструментальные методы обследования не выявили причины заболевания. На фоне проводимой терапии кровохарканье не возобновлялось. Однако в день выписки у пациентки в присутствии лечащего врача вновь повторился эпизод кровохарканья. При осмотре полости рта были обнаружены многочисленные прикусы языка и слизистой ротовой полости разной степени давности.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие ошибки в алгоритме обследования были допущены лечащим врачом?
3. Какие дополнительные обследования следует провести?

ЗАДАЧА 21

Мужчина 74 лет обратился к врачу с жалобами на утомляемость и похудение в течение 2 месяцев. Пациент отмечал также боль в правом плече с иррадиацией в область предплечья по внутренней поверхности. При физикальном обследовании выявлено патологическое сужение правого зрачка. На обзорной рентгенограмме в верхнем отделе правого легкого определяется ограниченное затемнение, на фоне которого не просматриваются просветы бронхов. Задний отрезок I и II ребер разрушен.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Чем обусловлены боль в правом плече и анизокория?

ЗАДАЧА 22

У пациента 75 лет появилась постоянная интенсивная боль в правой половине грудной клетки, из-за которой он начал самостоятельно принимать нестероидные противовоспалительные средства. Учитывая хорошую ответную реакцию на терапию, к врачу не обращался. Однако боль вскоре возобновилась, в связи с чем к лечению добавил таблетки аналь-

гина. Показаться терапевту его убедил сосед, поскольку боль сохранялась более 2 месяцев. Терапевтом была назначена обзорная рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме в среднем легочном поле правого легкого определяется округлое затенение однородной структуры, с неровными, нечеткими контурами. Целостность V и VI ребер нарушена.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?

ЗАДАЧА 23

Пациент 65 лет, курильщик, обратился с жалобами на кашель и одышку в течение месяца. На обзорной рентгенограмме в верхнем поле левого легкого определяется ограниченное гомогенное затенение, верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме. Трахея смещена влево, левый купол диафрагмы приподнят «в форме палатки».

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?

ЗАДАЧА 24

Пациент 24 лет, работник торговли, направлен участковым терапевтом с домашнего визита на экстренную госпитализацию с диагнозом «Двусторонняя пневмония. Плеврит». При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 38,8 °С, одышку, кашель с мокротой желтого цвета, боль по бокам грудной клетки с обеих сторон при глубоком вдохе, слабость. Причину заболевания ни с чем не связывает. При аускультации с обеих сторон по задним подмышечным линиям почти на всем протяжении выслушивается грубый шум трения плевры. На обзорной рентгенограмме в прямой и боковой проекции определяются диффузное усиление и деформация легочного рисунка со сгущением в нижних долях с множеством полостных образований. Корни фиброзно изменены. Синусы облитерированы с обеих сторон за счет массивных плевральных наложений, плевродиафрагмальные и плеврокостальные спайки. В общем анализе крови: лейкоциты — $10,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 26 %, СОЭ — 8 мм/ч. Из анамнеза заболевания выяснилось, что полгода назад был эпизод повышения температуры до 39 °С с кашлем, но к врачу пациент не обращался, поскольку был в отпуске в Приморском крае, и лечился самостоятельно антибиотиками. До настоящего момента считал себя здоровым.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие данные, с вашей точки зрения, могут стать основополагающими в постановке диагноза?
2. Какое дополнение к анамнезу необходимо для уточнения диагноза?
3. Каков предположительный диагноз?
4. Какие дополнительные обследования следует провести?
5. Дальнейшая тактика пульмонолога.

Задача 25

Женщина 37 лет, фотограф, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39 °С, одышку, малопродуктивный кашель. За последние 3 месяца второй раз болеет пневмонией, периодически возникает жидкий стул. После первой госпитализации одышка сохраняется постоянно. При осмотре: питание пониженное (за полгода потеряла в весе 10 кг). При осмотре полости рта — кандидоз слизистой. На латеральных поверхностях языка — белесоватые, выступающие над поверхностью складки, перемежающиеся с участками неизменной розовой слизистой оболочки. При аускультации в легких дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. В общем анализе крови: лейкоциты — $2,1 \times 10^9$ /л; лимфоциты — 12 %; Hb — 94 г/л; СОЭ — 30 мм/ч. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней полисегментарной пневмонии. В связи с отсутствием эффекта от проводимой антибактериальной терапии, сохраняющейся лихорадкой и прогрессирующей одышкой (ЧД — 32 в 1 мин, SpO₂ — 78 %) пациентка была переведена в отделение реанимации.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие данные, с вашей точки зрения, могут стать основополагающими в постановке диагноза?
2. Наиболее вероятная этиология пневмонии?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое антибактериальное средство является препаратом выбора в данном случае?

РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ

Задача 1

1. Чаще всего такая тень выявляется при первичном раке легкого или метастазе из другого органа.

2. Дифференциальная диагностика проводится между многими заболеваниями: инфекционным воспалением, ревматоидным узелком, доброкачественной опухолью (гамартомой).

3. Для очага инфекционной природы характерно наличие воздушной бронхограммы (т. е. видны просветы бронхов). В данном случае структура однородная.

4. Отсутствие участка просветления на фоне тени позволяет исключить туберкулезную каверну.

5. Уточнение анамнеза. Анализ мокроты на атипичные клетки. Компьютерная томография органов грудной клетки. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Онкопоиск для исключения первичной опухоли в других органах. Определение онкомаркеров. Консультация онколога (у этой пациентки после дообследования была выявлена аденокарцинома толстой кишки с единичным метастазом в левое легкое).

Задача 2

1. Левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.

2. Центральный рак левого легкого, обструкция долевого бронха слева пробкой из вязкой мокроты, осложненные ателектазом нижней доли левого легкого.

3. Компьютерная томография органов грудной клетки. Санационная фибробронхоскопия с исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Консультация онколога.

Задача 3

1. Экстренных показаний для пункции нет, поскольку при тотальном гидротораксе состояние крайне тяжелое, и пациентов госпитализируют в отделение реанимации. У данного пациента общее состояние не соответствует заключению рентгенолога. Решение о проведении пункции следует отложить до уточнения диагноза.

2. Возможными причинами тотального затенения легочного поля являются наличие жидкости в плевральной полости, ателектаз легкого, оперативное удаление правого легкого.

3. Рентгенолог не учел многих важных деталей при изучении рентгенограммы:

- в левой половине грудной клетки тень сердца просматривается не совсем отчетливо, трахея изогнута вправо, что свидетельствует о смещении средостения вправо. Это позволяет исключить наличие жидкости в правой плевральной полости и предположить значительное уменьшение объема правого легкого;

- при исследовании легочного рисунка хорошо виден левый главный бронх, а правый не прослеживается, что может быть следствием или тотального ателектаза из-за рака главного правого бронха, или отсутствия правого легкого из-за правосторонней пульмонэктомии;

- для дифференциальной диагностики надо было: а) целенаправленно искать следы оперативного вмешательства (наличие цепочки танталовых скобок в области правого корня; отсутствие V ребра справа); б) прочитать в истории болезни анамнез о перенесенных заболеваниях и предварительный диагноз терапевта; в) рекомендовать проведение УЗИ плевральных полостей.

4. Ошибки кардиолога:

- неполно собран анамнез (пациент скрывал перенесенную правостороннюю пульмонэктомию по поводу рака с поражением правого главного бронха);

- при осмотре не обратил внимания на послеоперационный рубец справа, что дало бы возможность уточнить анамнез заболевания;

- не обратил внимание на несоответствие между общим состоянием пациента и заключением рентгенолога. Проведение плевральной пункции в данном случае привело бы к ятрогенному пневмотораксу.

5. Заключительный диагноз: основной — «ИБС: кардиосклероз. ХСН ФК III (Н_{IIb})». Фоновое заболевание — «Правосторонняя пульмонэктомия по поводу рака правого главного бронха (2006). ДН II».

ЗАДАЧА 4

1. На первый взгляд, смещение тени эндотрахеальной трубки влево, в сторону тотального затенения, может навести на мысль об имеющемся у данной пациентки центральном раке левого легкого с тотальным ателектазом. Однако внизу тень эндотрахеальной трубки сместилась вправо. Это может означать, что во время проведения интубации трубка была продвинута слишком далеко и попала в правый главный бронх. В связи с этим вентиляция левого легкого быстро прекратилась, и легкое спалось.

2. Необходимо подтянуть трубку вверх примерно на 5 см так, чтобы ее конец располагался над килем грудины — на уровне бифуркации.

3. Патология в легких является осложнением интубации трахеи. После подтягивания трубки вверх вентиляция левого легкого восстановилась, следовательно, ателектаз левого легкого был связан с неправильной установкой эндотрахеальной трубки.

ЗАДАЧА 5

1. Идиопатический легочный фиброз.

2. Компьютерная томография органов грудной клетки, спирометрия, диффузионная способность легких.

3. Глюкокортикостероиды.

4. В соответствии с инструкцией «Порядок отбора и учета пациентов для трансплантации легких» пациенты с идиопатическим легочным фиброзом должны быть направлены в ГУ «РНПЦ трансплантации органов и тканей» для решения вопроса о внесении в лист ожидания.

ЗАДАЧА 6

1. Причиной появления тени в области корня могут быть увеличение лимфоузлов, опухоль, аневризма кровеносных сосудов.

2. Ровный контур тени позволяет предположить, что это сосудистое образование, но просматриваемые нормальные контуры восходящей аорты и легочной артерии исключают эту возможность. Увеличенные лимфоузлы имеют дольчатую структуру, а у тени опухоли неровные контуры со спикулами. Поэтому высказаться однозначно в пользу определенной этиологии не представляется возможным.

3. Компьютерная томография органов грудной клетки показала, что затенение образовано мешковидной аневризмой восходящего отдела аорты. Аневризма имеет узкую шейку, поэтому контур восходящей аорты сохранен и отчетливо виден на снимке. Такая картина не является типичным изображением аневризмы аорты. Этот случай представлен, чтобы подчеркнуть, насколько сложной может оказаться постановка диагноза только по обзорной рентгенограмме.

ЗАДАЧА 7

1. Дифференциальную диагностику следует проводить с туберкулезом, метастазами злокачественной опухоли, пневмокониозом.

2. Причиной появления подобной картины может быть пневмокониоз, однако в анамнезе нет соответствующего упоминания о работе в условиях запыленности. Метастазы опухоли обычно локализуются в периферических или базальных отделах.

3. Локализация очагов на представленном снимке чаще всего наблюдается при саркоидозе. Поскольку корни легких не увеличены, это саркоидоз легких, III стадия.

4. Бактериоскопия мокроты на кислотоустойчивые бактерии, посев мокроты на микобактерии туберкулеза, включая ВАСТЕС и молекулярно-генетические тесты (GeneXpert). Компьютерная томография органов грудной клетки. Видеоторакоскопия с биопсией. Определение уровня Ca^{2+} в сыворотке крови.

ЗАДАЧА 8

1. Хроническая обструктивная болезнь легких.

2. Эмфизема легких. Легочные поля повышенной воздушности, диафрагма уплощена. Ребра расположены более горизонтально. В норме на снимке видны передние отрезки семи ребер, а здесь девять.

3. Хроническая обструктивная болезнь легких.

4. Спирометрия с бронходилатационной пробой, бодиплетизмография, определение уровня альфа-1-антитрипсина в сыворотке крови.

ЗАДАЧА 9

1. Коарктация аорты, кардинальные симптомы которой выявлены у пациента: АД на нижних конечностях ниже, чем на верхних, усиленная пульсация вокруг лопатки при пальпации, систолический шум.

2. Поскольку потоку крови приходится преодолевать место сужения, развивается большая сеть коллатеральных сосудов. Узурация нижних краев задних отрезков IV–VII ребер вызвана давлением резко расширенных межреберных артерий. Узуры имеют полулунную форму с вогнутостью, обращенной к нижнему краю ребра.

3. Экстренная консультация кардиохирурга.

ЗАДАЧА 10

1. Двусторонняя лимфаденопатия средостения может быть при саркоидозе, туберкулезе, лимфогранулематозе, других опухолях легких и средостения.

2. Такое сочетание характерно для острого течения саркоидоза (синдром Лефгрена).

3. Определение уровня Ca^{2+} в сыворотке крови. Компьютерная томография органов грудной клетки.

ЗАДАЧА 11

1. Учитывая, что единственной жалобой пациентки является нарастающая одышка, вероятнее всего, это связано с обтурацией левого верхнедолевого бронха опухолью.

2. Просвет левого верхнедолевого бронха обтурирован не полностью, поэтому снижение воздушности отражает гиповентиляцию верхней доли.

3. При полной обтурации бронха развивается ателектаз: пораженная доля уменьшается в размере, затенение становится однородным. Органы средостения смещаются в сторону ателектаза. Элевация купола диафрагмы на стороне поражения.

4. Фибробронхоскопия с биопсией. Консультация онколога.

5. Основной диагноз: «Центральный рак левого верхнедолевого бронха». Осложнение основного: «Ателектаз верхней доли левого легкого. ДН_{II}».

ЗАДАЧА 12

1. Злокачественная опухоль при ее распаде, дренирующий абсцесс легкого.

2. Если толщина стенок полости превышает 5 мм, то наиболее вероятной причиной является злокачественная опухоль с распадом. В пользу этого диагноза свидетельствуют также похудение, кровохарканье и отсутствие признаков инфекции, характерных для абсцесса.

ЗАДАЧА 13

1. Увеличение надключичных, подмышечных лимфоузлов без признаков воспаления, а также тень медиастинальных лимфоузлов переднего средостения с четкими полициклическими контурами у молодого человека дает основание предположить лимфогранулематоз (лимфому Ходжкина).

2. УЗИ периферических лимфатических узлов, брюшной полости и малого таза. Компьютерная томография органов грудной клетки. Биопсия лимфатического узла.

3. Наличие гигантских клеток Березовского–Штернберга.

ЗАДАЧА 14

1. Ятрогенный правосторонний пневмоторакс при попытке установить центральный катетер на этой стороне.
2. Срочное дренирование плевральной полости.

ЗАДАЧА 15

1. Это типичная картина ателектаза средней доли правого легкого.
2. Рак среднедолевого бронха, инородное тело дыхательных путей, пневмония с ателектазом, ТЭЛА.
3. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Компьютерная томография органов грудной клетки. Д-димеры.
4. Диагноз основной: «Центральный рак среднедолевого бронха». Осложнение: «Ателектаз средней доли. Рецидивирующее кровохарканье. ДН_{II}».

ЗАДАЧА 16.

1. Острый респираторный дистресс-синдром (синдром Мендельсона).
2. В основе развития синдрома Мендельсона лежит аспирация желудочного содержимого, что вызывает химический ожог дыхательных путей и альвеол, а также обструкция дыхательных путей рвотными массами.

ЗАДАЧА 17

1. Причиной такого обширного затенения могут быть ателектаз легкого, пневмония, наличие жидкости в плевральной полости.
2. Ателектаз исключается, так как отсутствует смещение трахеи влево и нет уменьшения объема левого легкого. Пневмония исключается, так как затенение достаточно однородное, значит это не инфильтрация. Типичной картины плеврального выпота также не наблюдается, поскольку не определяется уровень жидкости. Однако необходимо учесть, что обзорная рентгенограмма выполнена в положении пациента лежа на спине, поэтому жидкость не скапливается в нижних отделах, как это бывает в вертикальном положении, а растекается, и на снимке обнаруживается диффузное затенение низкой плотности (слабоконтрастное).
3. Диагноз основной: «Острый панкреатит». Осложнение: «Реактивный левосторонний экссудативный плеврит».

Задача 18

1. Поскольку эти тени симметричные, с ровными контурами, определяются с обеих сторон, скорее всего они являются изображением сосков грудных желез.

2. Наиболее простой способ выяснить происхождение тени – повторить снимок с маркером в области сосков.

Задача 19

1. Левосторонний спонтанный пневмоторакс.

2. Компьютерная томография органов грудной клетки для исключения буллезной трансформации легких.

3. Поскольку пневмоторакс небольшого размера и у пациента отсутствует одышка, пункция не требуется.

Задача 20

1. Синдром Мюнхгаузена, геморрагический тип.

2. Осмотр полости рта должен быть проведен при первичном обследовании.

3. Консультация психиатра.

Задача 21

1. Рак Панкоста.

2. Неврологическая симптоматика обусловлена вовлечением в процесс плечевого сплетения и нервов, отходящих от ганглиев шейного отдела симпатического ствола.

Задача 22

1. Периферический рак правого легкого с деструкцией ребер.

2. Консультация онколога.

Задача 23

1. Смещение трахеи и элевация левого купола диафрагмы свидетельствуют об уменьшении объема легкого, что характерно для ателектаза.

2. Показано проведение фибробронхоскопии, так как причиной развития ателектаза у данного пациента может быть закупорка левого верхнедолевого бронха опухолью или инородным телом.

ЗАДАЧА 24

1. Наличие массивных плевральных наложений отражает давность процесса. Гиперэозинофилия в общем анализе крови свидетельствует в пользу паразитарного заболевания.

2. Эпидемический анамнез. Выяснилось, что первый эпизод заболевания проходил в Приморском крае РФ, где пациент гостил у родственников. В пищу употреблял раков, которых самостоятельно отлавливал. Родственники здоровы.

3. Поскольку Приморский край (низовья Амура) является эндемическим очагом парагонимоза, наиболее вероятный диагноз — «Хронический парагонимоз с поражением легких и плевры, стадия обострения». Возбудителем парагонимоза является легочная двуустка — *Paragonimus westermanii*. Заражение происходит при употреблении недостаточно обработанных крабов, раков или с питьевой водой. Являясь строгими аэрофилами, подавляющее число паразитов проникает из кишечника через диафрагму в плевральные полости и легкие. Здесь они достигают зрелых форм. Ранняя стадия проявляется симптомами пневмонии, экссудативного плеврита, летучих инфильтратов. Без специфического лечения через 2–3 месяца наступает хроническая стадия.

4. Исключить туберкулезное поражение легких и плевры (анализ мокроты на микобактерии туберкулеза, консультация фтизиатра). Доказать паразитарную этиологию заболевания (анализ мокроты на яйца глистов).

5. Перевести пациента для дальнейшего лечения в инфекционную больницу.

ЗАДАЧА 25

1. Волосистый язык, кандидоз полости рта, рецидивирующие пневмонии на фоне лимфопении свидетельствуют об иммунодефиците (ВИЧ-инфекции).

2. Пневмоцистная пневмония.

3. Анализ крови на ВИЧ, анализ мокроты на пневмоцисты. Исключить туберкулез. Консультация инфекциониста.

4. Сульфаметоксазол/триметоприм.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Пульмонология* : национальное руководство / под ред. А. Г. Чучалина. Минск : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с.

2. *Власов, П. В.* Лучевая диагностика органов грудной полости / П. В. Власов. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : Видар-М, 2008. 376 с.

Дополнительная

3. *Корн, Дж.* 100 рентгенограмм грудной клетки / Дж. Корн, К. Пойнтон; под ред. Л. Д. Линденбратена; пер. с англ. Минск : Практическая медицина, 2009. 206 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Ситуационные задачи.....	4
Решения задач	15
Литература.....	23

Репозиторий БГМУ