

**ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России**  
**Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Дисциплина «Поликлиническая терапия»**

**Ситуационная задача №\_\_\_\_\_**

*Ознакомьтесь с клинической ситуацией и дайте развернутые правильные ответы на вопросы к задаче.*

Больной Р., 37 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, подъем температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость, потливость.

Анамнез заболевания. С 32-летнего возраста начал отмечать частые респираторные инфекции до 5 раз в год, после которых в течение нескольких месяцев оставался кашель с небольшим количеством трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии с положительным эффектом. С 35-ти лет отметил появление и постепенное нарастание одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Настоящее ухудшение состояния в течение 4-х дней, когда после длительного нахождения на холоде появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям (отец страдает ИБС, перенес ИМ).

Аллергологический анамнез: при приеме антибиотиков пенициллинового ряда развивается крапивница. Профессиональный анамнез: в течение 12 лет работает трактористом. Вредные привычки: курение в течение 10 лет по 10-15 сигарет в день (индекс курения = 22 пачка/лет); алкоголь не употребляет.

Объективно. Состояние ближе к средней степени тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ – 27,5 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД – 17 в минуту. SpO<sub>2</sub> 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких определяется коробочный звук. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 91 в минуту. АД – 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторных методов обследования.

ОАК: гемоглобин – 165 г/л, гематокрит – 46%, лейкоциты – 13,4×10<sup>9</sup>/л, эритроциты – 4,7×10<sup>12</sup>/л, тромбоциты – 255×10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 25 мм/ч, лейкоцитарная формула без патологических изменений.

Общий анализ мокроты: характер – гнойный; консистенция – вязкая; лейкоциты – сплошь покрывают поля зрения, эритроциты – нет; альвеолярные макрофаги – много; эозинофилы – нет; спирали Куршмана – нет; кристаллы Шарко-Лейдена – нет; эпителий плоский – немного; БК – не найдены.

### Спирометрия с бронходилатационной пробой:

	Исходные показатели		После бронхолитика	
	Абсолютные величины	% к норме	Абсолютные величины	% к норме
ЖЕЛ	4,03 л		94%	
ФЖЕЛ	2,42 л		91%	2,54 95%
ОФВ1	1,30 л		61%	1,49 71%
ОФВ1/ФЖЕЛ			73%	74%

ЖЕЛ – жизненная емкость легких, ОФВ1 – объем форсированного выдоха

**Рентгенография органов грудной клетки.** На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции свежих очаговых и инфильтративных изменений нет. Отмечается повышение воздушности легочной ткани. Стенки бронхов уплотнены. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта не изменены.

### Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Кратко обоснуйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с наиболее вероятными заболеваниями (не более 3-х).
4. Показана ли госпитализация (*напишите* ДА или НЕТ).
5. Назначьте необходимое для постановки диагноза и проводимое в амбулаторных условиях обследование.
6. Сформулируйте немедикаментозную тактику (по схеме):
  - a. режим \_\_\_\_\_
  - b. диета \_\_\_\_\_
  - c. двигательная активность \_\_\_\_\_
  - d. дополнительно \_\_\_\_\_
7. Назначьте медикаментозную терапию с указанием международного непатентованного названия препарата, формы, дозы, кратности и длительности применения.
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
8. Проведите экспертизу нетрудоспособности на момент осмотра (*выберите и напишите один вариант ответа*: трудоспособен, временно нетрудоспособен, показано оформление инвалидности, оформление больничного листа не требуется).
9. Перечислите профилактические мероприятия в рамках диспансерного наблюдения
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_

## Образец (вариант) эталонного ответа

1. Учитывая клинические данные диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом: Хронический обструктивный гнойный бронхит среднетяжелого течения в стадии обострения.

2. Диагноз сформулирован на основании наличия у пациента «кашлевого анамнеза» (кашель в течение нескольких месяцев >2-х лет подряд), гнойного воспаления в бронхиальном дереве (гнойный характер по общему анализу мокроты), а также отсутствия признаков других заболеваний дыхательной системы со сходной клинической картиной. Проведение спирометрии показало наличие необратимой обструкции, значение показателя  $ОФВ_1$  свидетельствовало о среднетяжелом течении заболевания. Жалобы на кашель с гнойной мокротой, нарастание одышки, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ} \text{C}$ , данные физикального осмотра (при аускультации легких выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всеми легочными полями), а также данные лабораторных методов обследования (лейкоцитоз и ускорение СОЭ в ОАК, гнойный характер мокроты) свидетельствуют об обострении заболевания. Осложнениями основного заболевания у данного пациента являются эмфизема легких и дыхательная недостаточность, о чем свидетельствует нарастающая одышка (исключены другие причины), коробочный звук при перкуссии легких, повышение воздушности легочной ткани по данным рентгенографии. Прогрессирующая одышка, цианотичный оттенок кожных покровов, снижение  $SpO_2$  до 93% свидетельствуют о развитии дыхательной недостаточности.

3. Дифференциальная диагностика проводится с ХОБЛ, бронхоэктатической болезнью, бронхиальной астмой:

а) ХОБЛ начинается в среднем возрасте, симптомы медленно прогрессируют. Длительное предшествующее курение табака. Одышка при физической нагрузке, в основном, необратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе менее 12%, снижение индекса Тиффно менее 70%.

б) бронхиальная астма чаще начинается в молодом возрасте (часто в детстве), симптомы варьируют изо дня в день и наблюдаются ночью и рано утром. Имеется указание на аллергию, ринит и/или экзема в анамнезе, возможно указание на наличие семейной бронхиальной астмы. Обструкция обратимая: прирост в бронхолитической пробе с сальбутамолом 15% и более, индекс Тиффно более 70%.

в) бронхоэктатическая болезнь: выделение мокроты гнойной, зловонной, иногда свыше 50 мл/сутки или с примесью "ржавой" крови. Грубые хрипы при аускультации. Рентгенологически – признаки ячеистой деформации легочного рисунка, расширение бронхов, утолщение бронхиальной стенки. Длительное повышение температуры до субфебрильных цифр. Астения и пониженное питание.

4. Госпитализация в профильное показана при отсутствии эффективности лечения на амбулаторном этапе с целью обследования и коррекции терапии.

5. Данному пациенту проведены все необходимые исследования на амбулаторном этапе: ОАК, исследование мокроты (общий анализ), спирометрия с бронходилатационной пробой, рентгенография органов грудной клетки.

6. Режим свободный, с ограничением физических нагрузок на период лечения и восстановления; питание с полноценным содержанием белка, высококалорийное (35 ккал/кг/сутки), двигательная активность по переносимости.

7. При наличии гнойной мокроты у пациента показано назначение антибактериальной терапии. С учетом наличия в анамнезе аллергии к антибиотикам пенициллинового ряда в качестве эмпирической терапии следует выбрать макролид, например, азитромицин в дозе 500 мг в сутки в течение 3-5 дней. В качестве патогенетической терапии данному пациенту возможно назначение муколитических (амброксол по 30 мг 3 раза в сутки в первые 2-3 дня, затем по 30 мг 2 раза в сутки в течение 4-5 дней) и бронхолитических (сальбутамол для использования по потребности с целью облегчения кашля, 1 доза – 100 мкг, по 2 дозы, максимально до 8 доз в сутки) препаратов для улучшения отхождения мокроты и восстановления бронхиальной проходимости.

8. Пациент временно нетрудоспособен, первичная выдача больничного на срок 3-5 дней, ориентировочная продолжительность нетрудоспособности до 14 дней (Письмо ФСС РФ от 01.09.2000 №02-18/10-5766 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах»).

9. Диспансерное наблюдение проводится (Приказ Минздрава России от 15.03.2022 г. №168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми") пожизненно с осмотрами не реже 1 раз в год и оценкой функции внешнего дыхания, сатурации кислорода в крови. Первичная профилактика обострений – отказ от курения, вторичная профилактика – своевременное лечение обострений заболевания, санация носоглотки и других очагов хронической инфекции. Вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции для профилактики гриппа и бронхолегочных заболеваний, и их обострений.