

Больной 43 лет, направлен в терапевтическое отделение для обследования. Месяц назад после охлаждения появилась лихорадка, боли в правой половине грудной клетки. К врачу не обращался, длительно сохранялась субфебрильная температура. После флюорографического исследования заподозрена пневмония, по поводу чего получал лечение антибиотиками широкого спектра, а через неделю госпитализирован.

Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Пальпируются множественные мелкие поверхностные лимфоузлы разных групп. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, с той же стороны ниже V ребра легочный звук укорочен, дыхание не прослушивается, хрипов нет.

Анализ крови: лейкоц.- $11,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 45 мм/ч.

Рентгенологически – справа ниже VI ребра интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей. Других изменений не выявлено.

- 1) Ваш клинический диагноз?
- 2) Предположительная этиология заболевания?
- 3) Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

Ответ:

1. У пациента имеется правосторонний экссудативный плеврит. Однако данное состояние обычно является осложнением какого-либо другого заболевания.
2. С учетом факта переохлаждения, воспалительных симптомов, острого течения наиболее вероятна «банальная» причина плеврита в виде пневмонии. Также необходимо исключить метатуберкулезный плеврит. Несмотря сравнительно молодой возраст и острое течение заболевания необходимо держать в голове и опухолевый плеврит вследствие онкологического заболевания легкого, плевры или средостения.
3. Для подтверждения наличия жидкости в полости плевры необходимо выполнение ультразвукового исследования плевральной полости. При наличии таковой необходима лечебная и диагностическая плевральная пункция с эвакуацией из плевральной полости для определения причины образования плеврита (экссудат-транссудат). Необходимо определения рН содержимого плевральной полости, уровня ЛДГ. Также необходимо выполнить посев плевральной жидкости, общий ее анализ, исследование ее на атипичные клетки, туберкулезную палочку. После эвакуации отделяемого необходимо выполнение рентгенологического исследования и компьютерной томографии для уточнения природы появления выпота в плевральной полости.

Больной 20 лет перенес тяжелую левостороннюю нижнедолевую пневмонию. После выписки возобновился кашель, по вечерам стала повышаться температура, постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. В последующем стала выделяться (до 70 мл) слизисто-гнойная мокрота с примесью крови. Через 6 месяцев появилась одутловатость лица, отечность, пальцы кистей в виде барабанных палочек. *На рентгенограммах* определяется сетчатый и ячеистый характер легочного рисунка, сегментарные ателектазы в области нижней доли левого легкого.

1) Ваш диагноз?

2) Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?

3) План лечения?

Ответ:

1. Вторичные постпневмонические бронхоэктазы нижней доли левого легкого. Также вероятно формирование хронического абсцесса нижней доли левого легкого, однако рентгенологическая картина этому противоречит.
2. Наиболее информативным методом, уточняющим природу данного осложнения пневмонии, является компьютерная томография грудной клетки. Даже нативное изображение позволит уточнить характер поражения, его множественность, определить одно- или двусторонне поражение. Также КТ позволит, выполнив контрастирование «по воздуху», выполнить привычное изображение в виде бронхографии, которое в настоящее время не применяется в диагностике бронхоэктатической болезни. Следует отметить, что «золотым стандартом» в диагностике бронхоэктазов у молодых пациентов (младше 18-20 лет) в некоторых странах стала магниторезонансная томография (не доступная на большинстве аппаратов МРТ). Также в случае планирования хирургического лечения необходимо выполнения спирографии для прогнозирования переносимости легочной редукции.
3. После стабилизации состояния пациента (бронходилататоры длительного действия, антибактериальные препараты) имеет смысл выполнить хирургическое удаление нижней доли левого легкого (в случае не множественного характера заболевания).

При поступлении в стационар больной 60 лет жаловался на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2,5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, назначено лечение: антибиотики, сульфаниламиды, бронхолитики, антигистаминные препараты. Однако состояние больного не улучшилось. При бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1.5 см в диаметре.

- 1) Какое заболевание может быть установлено?
- 2) Что следует выполнить для верификации процесса?
- 3) Ваша лечебная тактика?

Ответ:

1. С учетом стеноза левого главного бронха и наличия воспалительных симптомов у пациента имеется центральный рак левого главного бронха с параканкрозной пневмонией. Также не исключается туберкулез левого главного бронха с аналогичным (не специфическим воспалительным осложнением).
2. Для уточнения природы стеноза главного бронха необходимо выполнение биопсии образования, цитологическое исследование мокроты и смывов трахеобронхиального дерева при ФБС на атипичные клетки. Также для уточнения распространенности процесса необходимо выполнение компьютерной томографии грудной клетки и брюшной полости с контрастированием и далее обследование по «онкопрограмме».
3. С учетом инфекционного осложнения заболевания необходима терапия осложнения антибактериальными препаратами. С учетом стеноза главного бронха данная терапия высоковероятно окажется неэффективной, ввиду чего необходимо планировать временной стентирование левого главного бронха для улучшения дренирующей функции бронха. Далее по результатам уточняющих исследований (КТ, ФБС) возможно планирование легочной редукции, высоковероятно пневмонэктомии (в случае операбельной опухоли). В случае непереносимости пневмонэктомии по данным спирографии нужно обсудить возможность выполнения бронхопластической резекции легкого (рукавно, sleeve-резекции). В случае непереносимости операции вообще – обсудить курс паллиативной лучевой терапии, химиолечения. Окончательный объем лечения необходимо уточнить при онкобюро (онкоконсилиум).