

## ЗАДАЧА 1

Мальчик 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0°C, головная боль, сухой болезненный кашель.

Привит не полностью, в связи с частыми респираторными инфекциями (ОРВИ – до 6 раз в год).

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Видимые слизистые оболочки чистые. Задняя стенка глотки, дужки миндалин гиперемированы. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. ЧД – 36 в 1 минуту. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет, выслушивается крепитация. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 минуту. SO<sub>2</sub> = 88%. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание в норме.

**Клинический анализ крови:** Hb - 105 г/л, эритроц. –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 61%, э – 1%, л – 23%, м – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, относительная плотность – 1024, белок – abs, эпителий – ед. плоск., лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты – abs/

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 72 г/л, альбумины – 58%, глобулины:  $\alpha_1$  – 3%,  $\alpha_2$  – 13%,  $\beta$  – 8%,  $\gamma$  – 18%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

**Рентгенография органов грудной клетки:** на рентгенограммах грудной клетки в прямой и боковой проекциях нижней доли правого легкого, на уровне 8 и 9 сегментов, определяется инфильтративное затемнение с объемным уменьшением доли. Корни неструктурны, расширены. Синусы свободны.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и предположите возможную этиологию заболевания.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение
4. Какие могут быть осложнения заболевания?
5. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?

6. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

### **ЗАДАЧА 1**

Диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония, тяжелая. ДН II степени. Анемия I степени.

## ЗАДАЧА 2

Мальчик 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии, сухого кашля и болей в правом боку.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C, появился озноб, болезненный непродуктивный кашель. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала врача «неотложной помощи».

При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем на щеках, учащенное поверхностное дыхание, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Аускультативно – ослабленное дыхание над зоной притупления, хрипы не выслушивались, ЧД – 42 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в 1 минуту. SO<sub>2</sub> = 87%. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +1 см. Стул, мочеиспускание в норме.

Ребенок был госпитализирован.

**Клинический анализ крови:** Hb - 134 г/л, эритроциты -  $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $23,0 \times 10^9$ /л, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

**Рентгенограмма грудной клетки:** на рентгенограммах грудной клетки в прямой и боковой проекциях отмечается тотальное инфильтративное затемнение нижней доли правого легкого. Нижний отдел главной междолевой щели втянут в сторону затемнения. Корень правого легкого мало структурирован. Правые реберно-диафрагмальные синусы не дифференцируются.

**Посев трахеального аспирата:** высеив пневмококка.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?

3. Назначьте лечение.

4. Укажите сроки диспансерного наблюдения и возможные профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

## **ЗАДАЧА 2**

Диагноз: Правосторонняя нижнедолевая (крупозная) пневмония. ДН II степени.

### ЗАДАЧА 3

Девочка, 12 лет, поступила в отделение пульмонологии с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

Больна в течение 4-х месяцев: после переохлаждения на фоне субфебрилитета появился насморк, редкий сухой кашель. Получала сироп корня алтея без положительной динамики. Постепенно кашель стал приступообразным, частым, до рвоты; выросли симптомы интоксикации: головная боль, головокружение, отказ от еды, тошнота, боли в животе. В течение последних 3-х дней появилась одышка при физической нагрузке, затем – в покое.

Из бытового анамнеза известно, что несколько месяцев назад, соседи выставили в лифтовый холл клетку с попугаем.

**При поступлении** состояние стабильно тяжелое. В покое умеренно выраженная смешанная одышка, сухой кашель. Грудная клетка вздута в верхних отделах. Экскурсия грудной клетки несколько ограничена. ЧД – 34/мин. Перкуторный звук над легкими коробочный. Аускультативно дыхание проводится равномерно, значительно ослаблено, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. Сердечные тоны звучные, ритмичные, тахикардия. ЧСС – 102/мин. АД – 119/68 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

**Клинический анализ крови:** Hb – 125 г/л; эритроц. –  $4,71 \times 10^{12}/л$ ; Ht – 36,7%; лейкоц. –  $10,8 \times 10^9/л$ : п/я – 2%; с/я – 58%; л – 29%; э – 3%; м – 8%; СОЭ – 4 мм/час.

**Исследование иммуноглобулинов:** IgG, –14,2 г/л (N – до 12,1 г/л); IgA – 0,25 г/л (N до – 1,28 г/л); IgM – 1,4 г/л (N – до 1,83 г/л); IgE общий – 19 МЕ/мл (N – до 115); ЦИК – до 0,172 ед. опт. плотн. (N – до 0,128 ед. опт. плотн.).

**КТ легких:** на аксиальных и фронтальных срезах выражены диффузные изменения легочного рисунка в основном за счет интерстициального отека, видны единичные буллезные вздутия и слабоинтенсивные мелкие очаги в латеральных и нижних отделах, есть участки «матового стекла», корни легких расширены.

**ФВД:**

	ЖЕЛ	ФЖЕЛ	ПСВ	ОФВ <sub>1</sub>	МОС <sub>25</sub>	МОС <sub>50</sub>	МОС <sub>75</sub>
исходно	62,7%	61,8%	111,4%	69,2%	123,9%	122,7%	99,4%
после вентолина	57,7%	60,1%	93,3%	64,5%	103,8%	109,3%	88,2%

**Диаскинтест:** отрицательный.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение
4. Каков прогноз данного заболевания?

5. Существует ли профилактика этого заболевания?

### **ЗАДАЧА 3**

Диагноз: Экзогенный аллергический альвеолит.

## ЗАДАЧА 4

Мальчик, 9 лет, поступил в отделение пульмонологии с жалобами на выраженную одышку, влажный кашель с обильной мокротой с прожилками крови, слабость, головокружение.

Анамнез заболевания: болен с 6 лет. В дебюте заболевания – одышка, головокружение, кровохарканье. На рентгенограмме выявлены диффузные интерстициальные изменения, множественные очаговые тени с тенденцией к слиянию. В промывных водах желудочного содержимого обнаружены гемосидерофаги. В мокроте – свежие эритроциты и гемосидерофаги. Получал терапию преднизолоном в дозе 2,5-3 мг/кг/24ч с положительным эффектом (до стойкой ремиссии). В дальнейшем обострения заболевания отмечались 1 раз в 8-10 месяцев. Рецидивы протекали с кровохарканьем, падением Hb до 64 г/л.

При поступлении: состояние тяжелое, физическое развитие низкое (рост – 121 см, масса тела – 22 кг), Кожный покровы и слизистые оболочки бледные. Катаральных явлений нет. Одышка в покое до ЧД – 38/мин, кровохарканье. При пульсоксиметрии SpO<sub>2</sub> – 89%. Экскурсия грудной клетки снижена. Аускультативно над легкими дыхание равномерно ослаблено, выслушиваются множественные мелко- и среднепузырчатые хрипы с двух сторон. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца приглушены, аритмичны, над верхушкой – мягкий систолический шум. ЧСС – 96/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края правой реберной дуги. Стул не изменен. Моча светлая, прозрачная.

**Клинический анализ крови:** Hb – 85 г/л; эр. –  $3,95 \times 10^{12}$ /л; Ht – 32 %; ретик. – 14%<sub>0</sub>; тромб. –  $380,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. –  $14,5 \times 10^9$ /л: п/я – 5%, с/я – 62%, л – 24%, э – 3%, м – 6%; СОЭ – 28мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 76,9 г/л, альбумины – 52 %: α<sub>1</sub> – 3%, α<sub>2</sub> – 11%, β – 10%, γ – 24%; альбумины/глобулины – 0,85 (N – 1,08-1,94); C-реактивный белок – ++; железо – 9,1 мкмоль/л.

**Микроскопия мокроты (окраска по Райту-Романовскому):** свежие эритроциты – > 100 в п/зр., гемосидерофаги – до 18 в п/зр.

**Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции:** диффузные очаговые тени на фоне вуалеподобных затемнений в обоих легких. Высокое стояние купола диафрагмы. Тень сердца без изменений. Реберно-диафрагмальные синусы свободны.

**ФВД:** ЖЕЛ – 75,7%, ФЖЕЛ – 73,3%, ПОС – 107,7%, ОФВ<sub>1</sub> – 7– 7,4% , МОС 25-96,2%, МОС 50 – 84,6%, МОС 75 – 48%, оксид азота в выдыхаемом воздухе – 10,3 ppb (N – 10-20 ppb).

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение
4. Каков прогноз данного заболевания?
5. Существует ли профилактика этого заболевания?

## **ЗАДАЧА 4**

Диагноз: Идиопатический гемосидероз легких.



## ЗАДАЧА 5

Мальчик В, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от II беременности, протекавшей с гестозом первой половины, 2-х срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. С первых дней жизни, отмечалось затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6-ти месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит.

При поступлении ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. ЧД – 32 в 1 мин. SO<sub>2</sub> = 85%. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах. Аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой средне-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116 ударов в 1 минуту. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

**Клинический анализ крови:** Hb – 110 г/л, эритроц. –  $4,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоц. –  $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 55%, л – 28%, э – 3%, м – 7%, СОЭ - 16 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество - 60 мл, относительная плотность - 1014, лейкоциты - 0-1 в п/зр, эритроциты - abs.

**Рентгенограмма легких:** легочная ткань вздута, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, деформация перибронхиального компонента за счет наличия бронхоэктазов. Корни легких мало структурны. Тень сердца праворасположена. Синусы свободны.

**Бронхоскопия:** двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

**КТ легких:** двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6, 8, 9, 10 справа. А situs viscerus?)

**Рентгенография гайморовых пазух:** двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз и объясните патогенез заболевания.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
5. Каков прогноз данного заболевания?

### **ЗАДАЧА 5**

Диагноз: Первичная цилиарная дискинезия (синдром Картагенера).  
Обострение. ДН II степени

## ЗАДАЧА 6

Мальчик 5-ти месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.

Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II беременность прервана по желанию матери).

Масса тела при рождении 3700 г, длина - 53 см.

С первого месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, метеоризм, «жирный» стул.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса – 4600 г, длина – 55 см. Отмечается резко выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 68 в 1 минуту. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 ударов в 1 минуту. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов. Живот увеличен в объеме, вздут, урчит при пальпации. Печень +3 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1 см. Стул 6 раз в день, обильный, жирный.

**Клинический анализ крови:** Hb – 108 г/л. эритроц.–  $4,66 \times 10^{12}/л$ , тромбоц.–  $270,0 \times 10^9/л$ , лейкоц.–  $12,7 \times 10^9/л$ , п/я – 11%, с/я – 42%, л – 32%, э – 5%, м – 10%, СОЭ – 14 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

**Копрограмма:** большое количество нейтрального жира.

**Потовый тест по Гибсону-Куку** – 78 ммоль/л, 82 ммоль/л, 75 ммоль/л

**IgM, IgG к оппортунистическим инфекциям:** отрицательно.

**Рентгенограмма легких:** отмечается вздутие легочной ткани, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого легочного рисунка, определяются мелкие очаговоподобные тени с нерезкими контурами, больше в области проекции правого легкого. Тень сердца не изменена. Легочные синусы свободны.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз и проведите дифференциальную диагностику заболевания.
2. Каков патогенез заболевания у данного ребенка?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка?
5. Оцените данные потового теста у ребенка.
6. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
7. Как часто должен госпитализироваться этот ребенок?

### **ЗАДАЧА 6**

Диагноз: Муковисцидоз, обострение. ДН III степени.

## ЗАДАЧА 7

Участковый врач посетил на дому девочку 6-ти лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев находилась на искусственном вскармливании. С трех месяцев жизни отмечались проявления атопического дерматита.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница. Анамнез заболевания: с трехлетнего возраста в апреле - мае за городом у девочки возникали легкие приступы удушья, которые купировались самостоятельно. Приступы удушья также возникали на фоне ОРВИ. За последние полгода приступы затрудненного дыхания возникали ежемесячно 1 раз в месяц, сопровождались приступообразным кашлем. Настоящий приступ затрудненного дыхания возник в гостях при контакте с кошкой. Для купирования приступа врачом неотложной помощи был использован раствор беродуала через небулайзер, в/м преднизолон, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, сухость кожных покровов. Слизистые носовых ходов бледные, отечные. Катаральных явлений нет. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 36 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

**Клинический анализ крови:** Hb - 128 г/л, эритроц. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 35%, э – 9%, м – 6%, СОЭ – 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, относительная плотность- 1018, лейкоциты- 1-2 в п/зр., эритроциты – abs, слизи – abs.

**Рентгенограмма грудной клетки:** отмечается вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, обеднение на периферии. Очаговых теней нет.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Укажите звенья патогенеза обструктивного синдрома у ребенка
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде
4. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
5. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить для предупреждения обострения заболевания?

### **ЗАДАЧА 7**

Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая форма, средне-тяжелое персистирующее течение, период обострения. ДН II степени. Атопический дерматит, детская форма.

## ЗАДАЧА 8

Мальчик 5-ти лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4-х месяцев на искусственном вскармливании. С 5-ти месяцев диагностирован атопический дерматит. До 2-х лет рос и развивался соответственно возрасту. После поступления в ясли стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, умеренной одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При рентгенологических исследованиях диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляциями беродуала. В дальнейшем приступы затрудненного дыхания повторялись каждые 1-2 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых, рыбы.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось остро, у ребенка развился приступ удушья после приема в пищу рыбы. На фоне приема антигистаминных препаратов, состояние улучшилось. Через сутки, в связи с ухудшением состояния, ребенок был госпитализирован в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Экспираторная одышка. Сухой навязчивый кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Пальпируются подчелюстные, паховые лимфоузлы, эластичные, б/б. ЧД –30 в 1 минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выдох удлинен, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 92 удара в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Клинический анализ крови:** Hb - 120 г/л, эритроц. –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $4,8 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 33%, э – 8%, м – 5%, СОЭ – 5 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, прозрачность - полная, удельный вес - 1018, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - abs.

**Рентгенограмма грудной клетки:** отмечается вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, обеднение на периферии. Очаговых теней нет.

**Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.**

**ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие различия патогенеза обструктивного синдрома у детей раннего и старшего возраста.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какие изменения характерны при проведении спирометрии?
5. Опишите этапное лечение заболевания.
6. Какой протокол наблюдения ребенка в поликлинике?

**ЗАДАЧА 8**

Диагноз: Бронхиальная астма, atopическая форма, легкое персистирующее течение, период обострения. Аденоиды II-III степени.



## ЗАДАЧА 9

Больная В., 14 лет, поступила в отделение с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 50 мл в сутки, одышку при быстрой ходьбе. Из анамнеза известно, что в возрасте 4 лет девочка перенесла пневмонию, после которой длительное время сохранялся кашель. В дальнейшем ребенок ежегодно 3-4 раза за год переносил бронхиты с затяжным течением, по поводу которых лечился амбулаторно.

При осмотре: состояние средней тяжести. ЧД – 20 в 1 минуту. Обращает на себя внимание уплощение правой половины грудной клетки. Аускультативно - справа, на фоне жесткого дыхания, выслушиваются множественные влажные крупнопузырчатые хрипы, слева дыхание ослаблено. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 75 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

**Обзорная рентгенограмма грудной клетки в передней и правой боковой проекции:** уменьшен объем правой половины легких за счет смещенных вправо органов средостения. На протяжении нижней доли правого легкого выявляются множественные тонкостенные полости.

**КТ:** справа выявляется деформация бронхов нижней доли, определяются кистозные полости.

**Бронхоскопия:** картина диффузного гнойного эндобронхита.

**ФВД:** выраженные нарушения вентиляции, обусловленные нарушением бронхиальной проводимости.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследование необходимо провести больному?
3. Составьте план лечения больного.
4. Составьте план реабилитации ребенка.
5. Нуждается ли этот ребенок в хирургическом лечении?

## ЗАДАЧА 9

Диагноз: Кистозная гипоплазия.