



# Клиническая задача для самоконтроля. Молодой пациент с жалобами на частый «жирный» стул и кашель с мокротой

Л.И. Дворецкий✉

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия  
✉dvoretski@mail.ru

**Для цитирования:** Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Молодой пациент с жалобами на частый «жирный» стул и кашель с мокротой. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (5): 97–100. DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00240

## Clinical case for self-monitoring. Young patient complaining of frequent steatorrhea and wet cough

Leonid I. Dvoretzky✉

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia  
✉dvoretski@mail.ru

**For citation:** Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Young patient complaining of frequent steatorrhea and wet cough. *Clinical review for general practice*. 2023; 4 (5): 97–100 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00240

20-летний больной обратился с жалобами на частый «жирный» стул, особенно после приема жирной пищи, кашель с мокротой, одышку при нагрузке. Страдает поносами с детского возраста. Диагностировали хронический энтероколит. В 16-летнем возрасте диагностирован хронический бронхит, протекающий с частыми обострениями в виде повышения температуры, выделения желто-зеленоватой мокроты, эпизодов кровохарканья. Обострения купировались антибиотиками. За последнее время количество выделяемой мокроты увеличилось до 50–60 мл/сут, появилась одышка при незначительной нагрузке. Отмечает плохую переносимость жаркой погоды (склонность к обморочным состояниям). Со слов больного, его сестра умерла в детском возрасте от пневмонии.

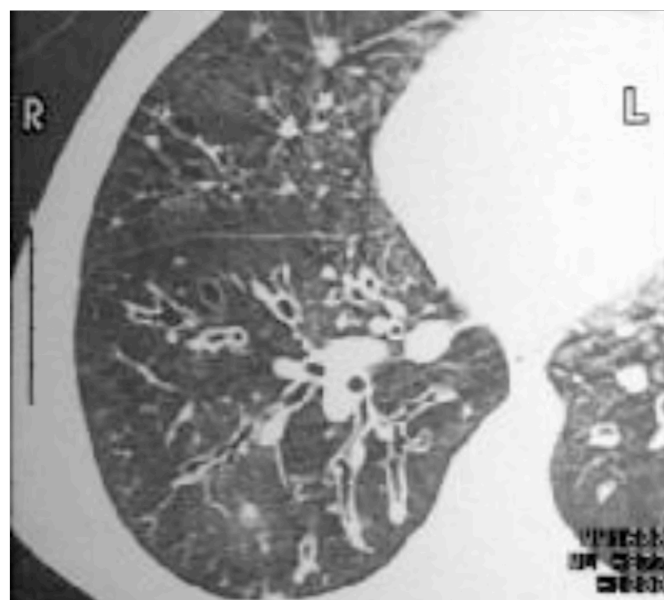
Рис. 1. Внешний вид пальцев рук.  
Fig. 1. Appearance of fingers.



Объективно: состояние больного тяжелое, снижение массы тела, утолщение концевых фаланг пальцев (рис. 1). Грудная клетка бочкообразной формы. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы, в нижних отделах справа влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания – 20/мин. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений – 92/мин, артериальное давление – 100/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Анализ крови: Hb – 110 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $10 \times 10^9/л$ . Эозинофилы – 2, нейтрофилы

Рис. 2. Компьютерная томограмма легких.  
Fig. 2. CT scan of the lungs.



палочкоядерные – 8, нейтрофилы сегментоядерные – 68, лимфоциты – 15, моноциты – 7. СОЭ – 20 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность – 1016; белок – 1,6%. Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; эритроциты – 2–3 в поле зрения; цилиндры гиалиновые – 2–4 в поле зрения. Мокрота: желтого цвета; лейкоциты – 20–30 в поле зрения; эритроциты – 4–5 в поле зрения. Анализ кала: много непереваренного жира.

Томография органов грудной клетки представлена на рис. 2. Функция внешнего дыхания – нарушения вентиляции по обструктивному типу.

**Какое утверждение наиболее правильно?**

А. Системное заболевание с поражением легких, почек, кишечника.

Б. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких с поражением почек.

В. Необходимо проведение колоноскопии для выявления причины неустойчивого стула.

Г. Наиболее информативным диагностическим методом является исследование концентрации ионов натрия и хлора в потовой жидкости.

Д. Оптимальным антибактериальным препаратом для лечения бронхолегочной инфекции может быть цефотаксим.

*Верный ответ на с. 100.*