

# ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

## ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

### Ситуационная задача 1

Больной Т., 27 лет, не работает. Курит, в анамнезе злоупотребление в/в ПАВ, алкоголя.

Жалобы: слабость, кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, преимущественно в вечерние часы, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, однократно- прожилки крови, снижение веса на 6 кг за 4 месяца.

Анамнез заболевания: изменения в легких впервые выявлены при диагностической рентгенографии в феврале 2019 года (рентгенограмма №1) во время обследования по поводу ухудшение самочувствия: в течение 3 недель беспокоили слабость, кашель с мокротой слизистого характера, повышение температуры тела до 37,5°C. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения, рекомендовано обследование в противотуберкулезном диспансере, однако пациент от дальнейшего обследования отказался, несмотря на неоднократные приглашения. Повторное обращение в июне 2019 года с жалобами: слабость, кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, преимущественно в вечерние часы, кашель со слизисто-гнойной мокротой, однократно- прожилки крови, снижение веса на 6 кг за 4 месяца. Направлен в ПТД по месту жительства, после первичного обследования госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с гражданской женой.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 173 см. Вес 62 кг. Кожный покров бледный, чистый. Температура тела 38,3°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 19 в мин. Перкуторно – притупление звука над верхними отделами справа. Аускультативно – над верхними отделами с 2-х сторон жесткое дыхание, на этом фоне паравертебрально выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты–  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты–  $7,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 74%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 10%, моноциты– 11%, СОЭ – 31 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ обнаружены 2+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, выявлена лекарственная устойчивость к HR.

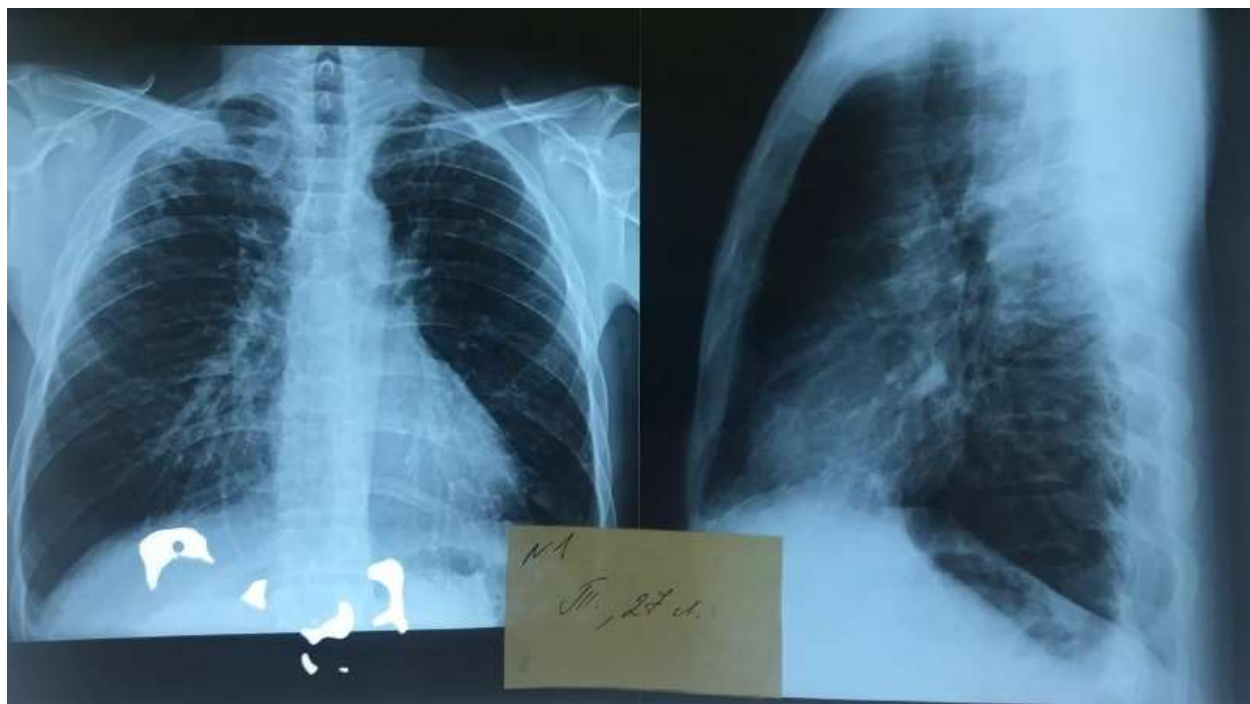
Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Реакция на пробу с АТР – 2 мм.

CD4+ Т-клетки -  $250 \times 10^6/л$

Рентгенограммы органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

## Ситуационная задача 2

Больной К., 32 года, учитель. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Жалобы: активно не предъявляет.

Анамнез заболевания: при тщательном сборе анамнеза отмечает снижение работоспособности и быструю утомляемость в последние 2 месяца, связывал с началом учебного года. При проверочном рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с женой и двумя детьми 5-ти и 3-х лет.

Объективно: в корректирующих очках, со слов миопия средней степени. Состояние удовлетворительное. Рост 176 см. Вес 78 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 36,8°C. Периферические лимфатические узлы, не увеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 64 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 5%, с/я – 63%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 18%, моноциты – 9%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

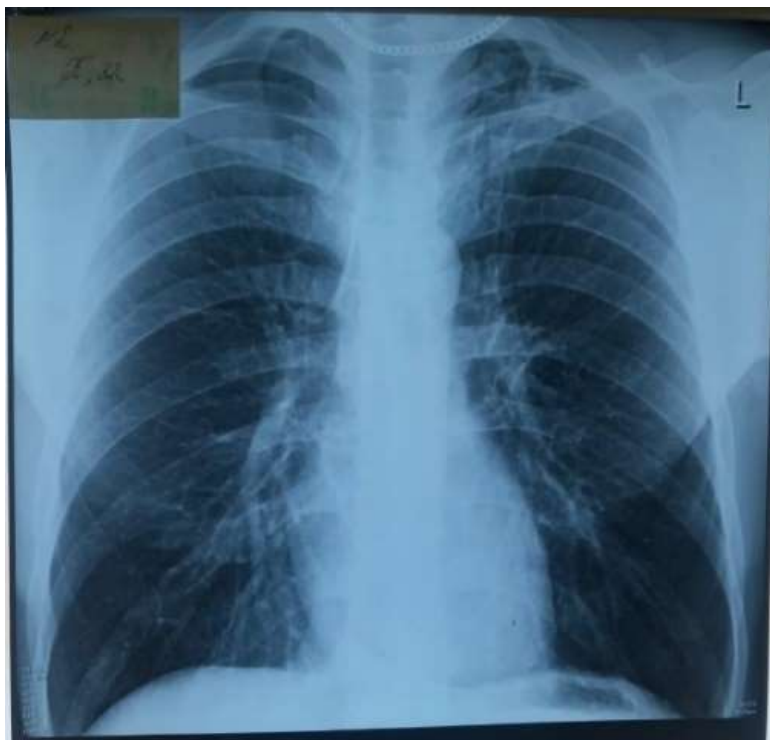
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм.

Реакция на пробу с АТР – папула 8 мм.

Рентгенограммы органов грудной клетки прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Опишите правила выдачи листка нетрудоспособности.

### Ситуационная задача 3

Больной Ж., 23 года, не работает. Не курит, алкоголь не употребляет. Контакт затруднен из-за плохого уровня владения русским языком.

Жалобы: активно не предъявляет.

Анамнез заболевания: изменения в легких выявлены при профилактическом обследовании при оформлении патента на работу.

Фтизиатрический анамнез: прибыл в РФ из Таджикистана 2 месяца назад на заработки. Контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование более 5 лет назад.

Социальный анамнез: проживает в общежитии.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см. Вес 60 кг. Кожный покров бледный, чистый. Температура тела 37,5°C. Астенического телосложения, пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 18 в мин. Перкуторно – притупление в верхних отделах обоих легких. Аускультативно – над верхними отделами с 2-х сторон жесткое дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $9,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 74%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 10%, моноциты – 11%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

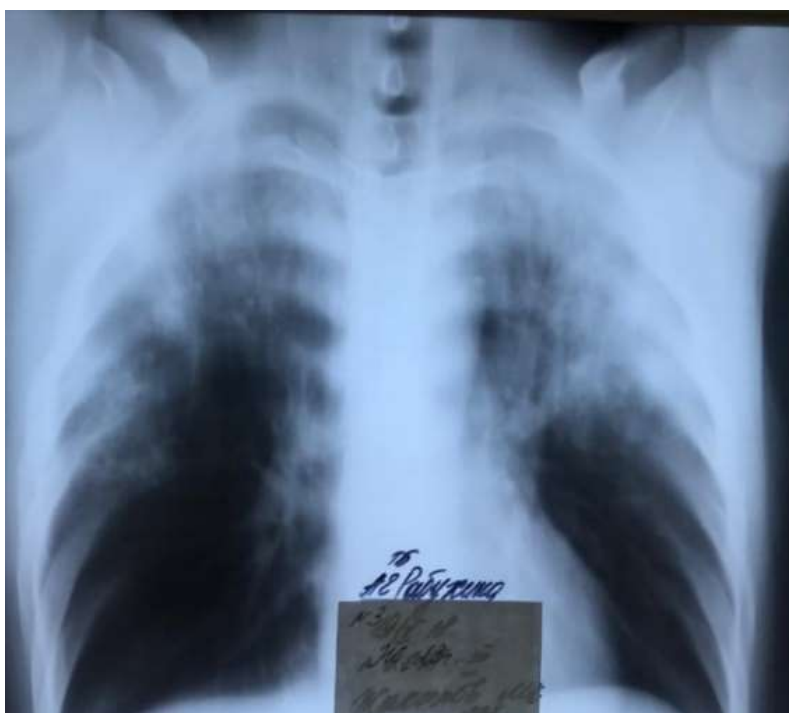
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ обнаружены 1+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, устойчивость к Н.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 10 мм.

Реакция на пробу с АТР – инфильтрат 15 мм.

При фибробронхоскопии - катаральный 2-х сторонний эндобронхит, в промывных водах бронхов КУМ обнаружены.

Рентгенограмма и томограмма (7 см) органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.

6. Опишите алгоритм действия в случае выявления туберкулеза у иностранного гражданина. Какой порядок медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на предмет наличия или отсутствия инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе туберкулеза?

#### **Ситуационная задача 4**

Больной Х., 36 лет, работает продавцом в магазине стройтоваров. Курит, в анамнезе злоупотребление в/в ПАВ (не употребляет 10 лет), периодически злоупотребляет алкоголем.

Жалобы: повышение температуры тела до 37,8°C, преимущественно в вечерние часы, кашель с мокротой слизистого характера, однократно - прожилки крови, снижение веса на 5 кг за 3 месяца.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в виде нарастающей слабости, снижения веса в течение 6 месяцев, связывал с перегрузками на работе. Около 3х недель назад отметил появление кашля с мокротой слизистого характера, повышение температуры тела до 37,8°C. Однократно - эпизод кровохарканья. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в поликлинике по месту жительства выявлены изменения, рекомендовано обследование в противотуберкулезном диспансере. Направлен в ПТД по месту жительства, после первичного обследования госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали. ВИЧ инфекция выявлена 10 лет назад, АРТ получает, со слов вирусная нагрузка не определяется, уровень CD4+ Т-клеток не известен. Последнее обследование в кабинете профилактики туберкулеза 1 год назад, профилактическое лечение не назначалось.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с женой (находится на 4 месяце беременности) и ребенком 3-х лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 186 см. Вес 70 кг. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 37,1°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно – звук ясный легочный. Дыхание жесткое. Слева во 2 межреберье - единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты–  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты–  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с/я – 70%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 12%, моноциты– 11%, СОЭ – 33 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ обнаружены 2+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена.

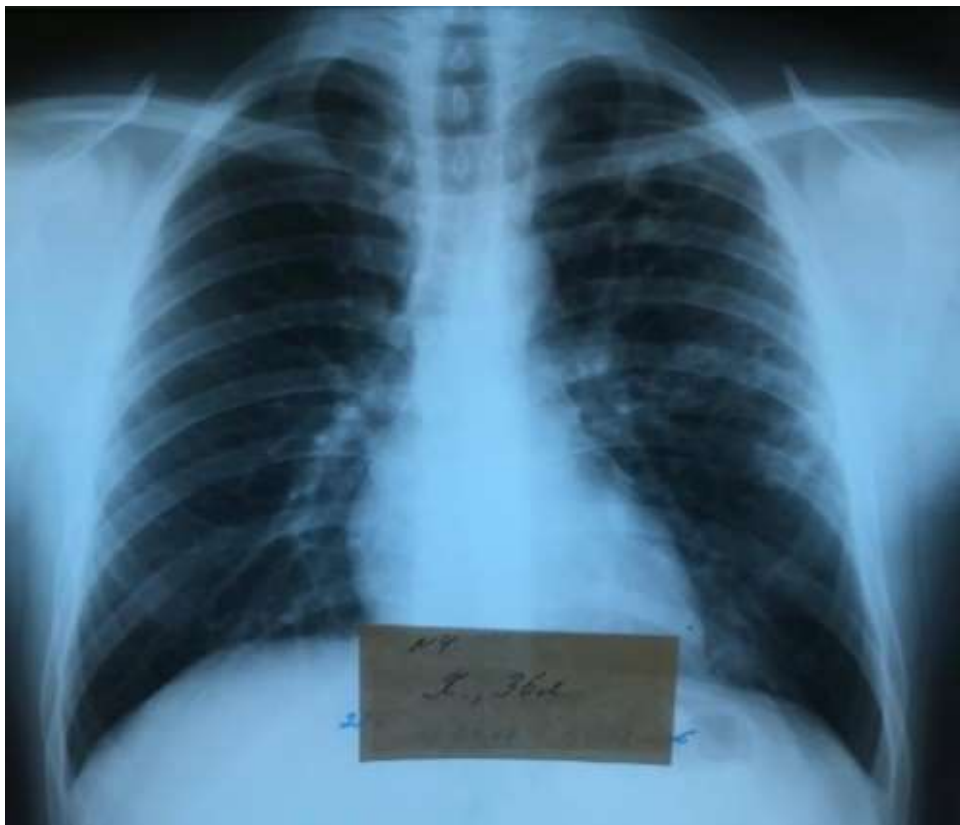
При фибробронхоскопии выявлен туберкулез левого верхнедолевого бронха, инфильтративная форма.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Реакция на пробу с АТР – 5 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Назовите клинический признак осложнения туберкулеза, имеющийся у больного. Опишите принципы неотложной помощи.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 5

Больной А., 40 лет, автомеханик. Курит с 15 лет по 5-8 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем.

Жалобы: кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: ухудшение состояния отметил 2 месяца назад, когда появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до 39,0°C. Обратился к врачу через 7 дней. Амбулаторно принимал кларитромицин 500 мг/сут. в течение 14 дней, отхаркивающие препараты с незначительным положительным клиническим эффектом. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

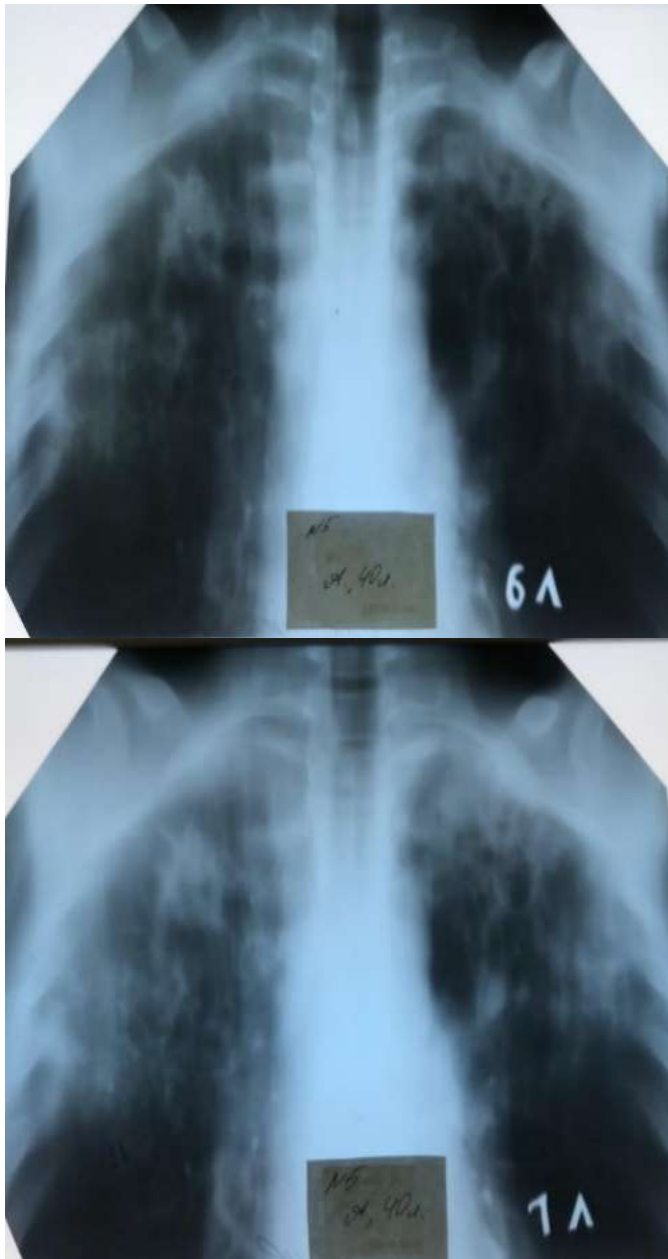
Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Проверочное флюорографическое обследование более трех лет назад.

Социальный анамнез: проживает в однокомнатной квартире с женой и ребенком 10 лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 183 см. Вес 72 кг. Кожный покров бледный с сероватым оттенком, тургор снижен. Температура тела 38,2°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 20 в мин. Перкуторно – притупление в верхних отделах обоих легких. Аускультативно – в верхних отделах обоих легких ослабленное дыхание,

Рентгенограмма и томограммы (6 см, 7 см) органов грудной клетки прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика участкового фтизиатра после госпитализации больного.

### Ситуационная задача 6

Больной К., 38 лет, не работает. Курит, употребляет ПАВ в/в, алкоголь.

Жалобы: на повышение температуры тела до 39°C в вечерние часы, одышку, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, глубоком вдохе, выраженную слабость, похудел на 8 кг за 6 месяцев, боли при глотании.

Анамнез заболевания: ВИЧ- инфекция выявлена в 2000 г. в МЛС. На учете в центре СПИД не состоит, АРТ не получает. Одновременно с ВИЧ выявлен вирусный гепатит С, лечение не получал. Ухудшение самочувствия в течение 2-х месяцев, когда появилась слабость,

повышение температуры тела. Около 3-х недель - усилился кашель. В связи с плохим самочувствием бригадой СМП госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: Впервые туберкулез легких выявлен 2 года назад в МЛС. Лечился 8 месяцев. Освободился 6 месяцев назад. После освобождения не обследовался, злоупотреблял ПАВ, алкоголем.

Социальный анамнез: постоянного места жительства нет.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см. Вес 54 кг. Истощен. Кожный покров бледный. Пузырьковые высыпания опоясывающего характера по ходу 5 межреберья справа. Температура тела 38,0°C. ЧД 24 в мин. Перкуторно – притупление в нижнем отделе справа. Аускультативно – справа жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, ослабленное в нижнем отделе справа. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 102 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен налетом. Творожистые наслоения на задней стенке глотки Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 99 г/л, эритроциты–  $3,65 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты–  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 77%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 10%, моноциты– 8%, СОЭ – 55 мм/ч.

Общий анализ мочи белок 0,1 г/л, лейкоциты 3-8 в п/зр, эритроциты неизмененные 4-5 в п/зр.

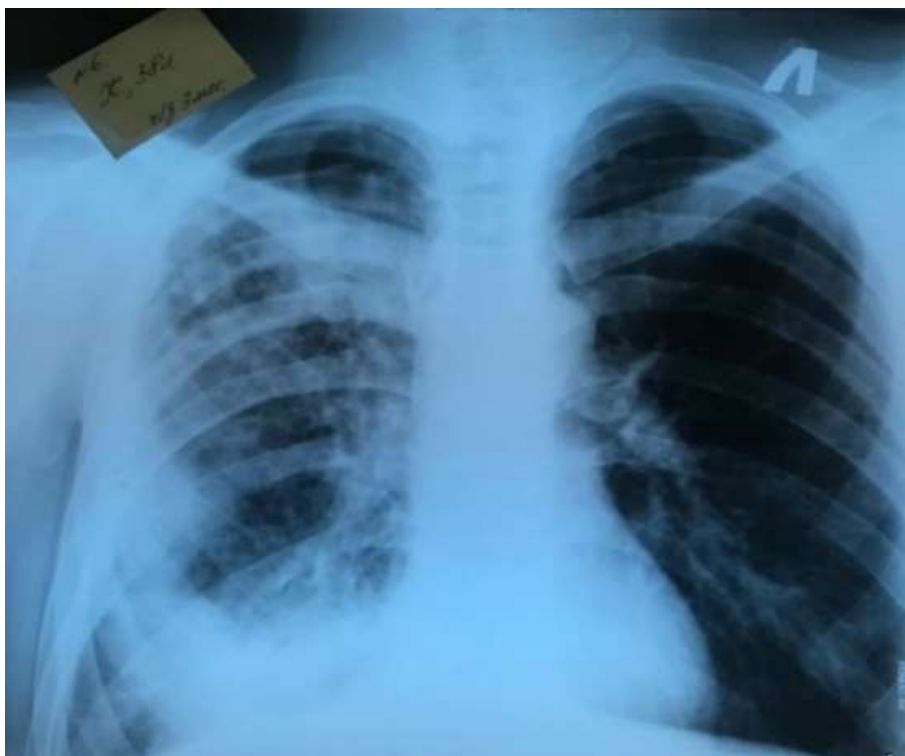
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, лекарственная устойчивость к R.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л –гиперемия 5 мм.

Реакция на пробу с АТР – 4 мм.

Рентгенограммы органов грудной клетки при госпитализации и через 3 месяца прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Перечислите мероприятия по реабилитации после выписки из стационара.

### Ситуационная задача 7

Больной К., 35 лет, менеджер. Не курит.

Жалобы: активно не предъявляет.

Анамнез заболевания: изменения в легких выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании.

Фтизиатрический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом не установлен. На учете по поводу инсулинозависимого сахарного диабета. В анамнезе диабетическая ретинопатия. Флюорографическое обследование ежегодно, последний раз 1 год назад.

Социальный анамнез: проживает с женой в 2-х комнатной квартире.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 178 см. Вес 96 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 37,0°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 18 в мин. Перкуторно – звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 64 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты –  $4,65 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 63%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 24%, моноциты – 8%, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи белок 0,1 г/л, лейкоциты 3-8 в п/зр, эритроциты неизмененные 4-5 в п/зр., глюкоза -следы.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 12 мм.

Реакция на пробу с АТР – 16 мм с везикулами.

Рентгенограммы и томограммы (6 см, 7 см, 8 см) органов грудной клетки при госпитализации и через 6 месяцев прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования

### **Ситуационная задача 8**

Больной Д., 28 лет, работает менеджером в интернет-магазине. Не курит, алкоголь не употребляет.

Жалобы: повышение температуры тела до 39,8°C, преимущественно в вечерние часы, в течение 3 недель, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, снижение веса, одышку при нагрузках, сухой кашель, головные боли распирающего характера.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в виде повышения температуры тела до фебрильных цифр и сильной слабости появились около 3 недель назад. Лечился жаропонижающими, противовирусными средствами без эффекта. Около недели назад появилась одышка при нагрузках, головные боли распирающего характера, повысилась чувствительность к свету, звукам. Однократно отмечалась рвота. Бригадой СМП доставлен в инфекционную больницу, где впервые выявлена ВИЧ- инфекция, изменения в легких. После дообследования и консультации фтизиатра переведен в туберкулезную больницу.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с родителями.

Объективно: состояние тяжелое. Рост 178 см. Вес 68 кг. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожный покров обычной окраски, бледный. Температура тела 38,9°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД 24 в мин. Перкуторно – звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, жесткое. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД 115/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет. Отмечается ригидность затылочных мышц, слабоположительный синдром Кернига, верхний симптом Брудзинского.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты–  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты–  $6,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 71%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 12%, моноциты– 11%, СОЭ – 56 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Реакция на пробу с АТР – гиперемия 4 мм.

Анализ спинномозговой жидкости: давление - повышено; Цвет- желтоватый, опалесцирующий. Белок - повышение уровня 1,0 г/л, цитоз - 650 в 1 мкл, лимфоциты 75 %, хлориды – 80 ммоль/л, глюкоза – 1,5 ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 9

Больной Б., 67 лет, пенсионер. Курит более 50 лет 1 п/день, алкоголем злоупотребляет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 39°C, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, появление прожилок крови в мокроте, потерю веса более 8 кг за 1-2 месяца, одышку при нагрузках.

Анамнез заболевания: проживает один, систематически злоупотребляет алкоголем. В течение месяца беспокоило плохое самочувствие: повышение температуры тела до 39°C, кашель с мокротой, потливость, похудел на 8 кг. По настоянию родственников вызвал врача из поликлиники, доставлен бригадой СМП в стационар общего профиля. На фоне антибактериальной терапии состояние без динамики. Переведен в туберкулезную больницу. В анамнезе судорожный синдром.

Фтизиатрический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад, на контроль не вызывали. На учете у нарколога по поводу алкоголизма.

Объективно: состояние тяжелое. Рост 175 см. Вес 65 кг. Кожный покров бледные. Деформация концевых фаланг пальцев по типу «барабанных палочек» Температура тела 37,8°C. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над верхними отделами с обеих сторон притупление перкуторного звука. Там же выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 85 в мин. АД 150/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно +2 см из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается снижение чувствительности кожи нижних конечностей по типу «носков».

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 105 г/л, эритроциты–  $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты– $12,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 70%, эозинофилы– 1%, лимфоциты – 17%, моноциты– 7%, СОЭ – 50 мм/ч.

Общий анализ мочи белок 0,02 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., кетоны 1+

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ 2+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, лекарственная устойчивость к R. Посевы в работе.

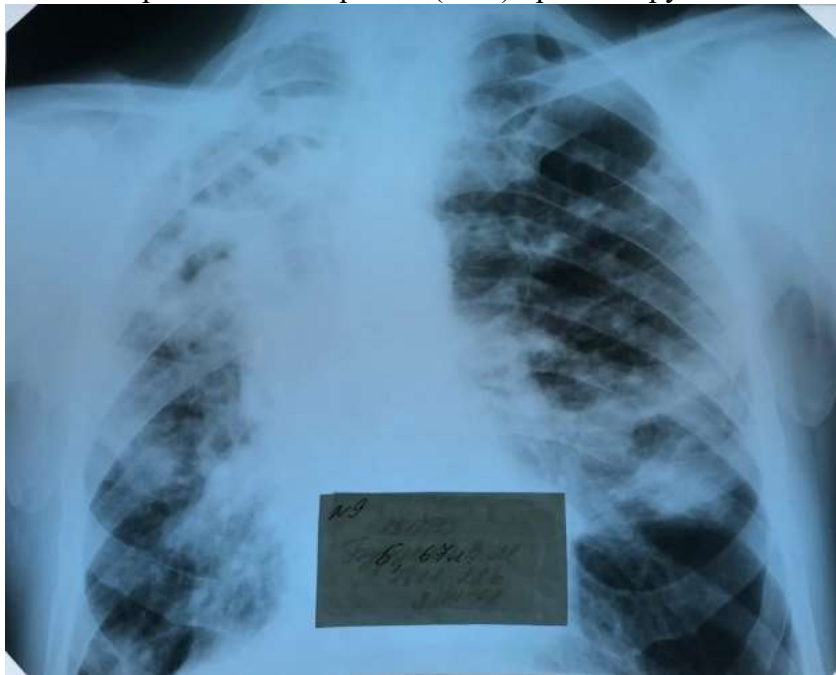
Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 8мм.

Реакция на пробу с АТР – 5 мм.

Биохимический анализ крови: АЛТ 125 Ед/л АСТ 115 Ед/л Глюкоза 4,5 ммоль/л Креатинин 120 мкмоль/л (N 44-111 мкмоль/л), мочевины 10,2 мкмоль/л, СРБ 30 мг/л (N 0-5 мг/л).

Рентгенограмма и томограмма (8 см) органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.

6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 10

Больной С., 56 лет, работает водителем. Курит, алкоголь употребляет умеренно.

Жалобы: на периодический кашель, преимущественно в утренние часы.

Анамнез заболевания: изменения в легких выявлены при проверочном флюорографическом обследовании при устройстве на работу.

Фтизиатрический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Был периодический контакт с больным туберкулезом братом 5 лет назад (брат умер от туберкулеза), по поводу контакта в противотуберкулезном диспансере не обследовался. Флюорографически не обследовался более 5 лет.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с женой, дочерью и внуками 2 и 10 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 184 см. Вес 80 кг. Нормостенического телосложения, нормального питания. Кожный покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 36,4°C. ЧД 17 в мин. Перкуторно – звук легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное с жестким оттенком справа. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 76 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 152 г/л, эритроциты –  $4,65 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с/я – 68%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 15%, моноциты – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии однократно обнаружены КУМ 5 в 100 полях зрения, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, лекарственная устойчивость к HR.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 17 мм с везикулами.

Реакция на пробу с АТР – 20 мм с везикулами.

Рентгенограмма и томограмма (5 см) органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Задача 11

Больная С., 23 лет, дизайнер. Не курит, алкоголь не употребляет.

Жалобы: слабость, кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, однократно - прожилки крови, ночную потливость.

Анамнез заболевания: с детства частые простудные заболевания, пневмонии. Около 2-х недель назад после переохлаждения повысилась температура тела до 38,5°C. Появился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. Обратилась в поликлинику по месту жительства, получила курс антибактериальной терапии: амоксициллин 1500 мг/сут. в течение 7 дней, отхаркивающую терапию, без эффекта. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения, в связи с отсутствием клинической динамики рекомендовано обследование в противотуберкулезном диспансере.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1,5 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает одна в 1 комнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 164 см. Вес 52 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 37,2°C. Астенического телосложения, пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 22 в мин. Перкуторно – притупление звука над нижним отделом справа. Аускультативно – справа жесткое дыхание, выслушиваются влажные хрипы в нижнем отделе справа. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 94 в мин. АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 105 г/л, эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $17,8 \times 10^9/л$ , п/я – 8%, с/я – 64%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 16%, моноциты – 11%, СОЭ – 35 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

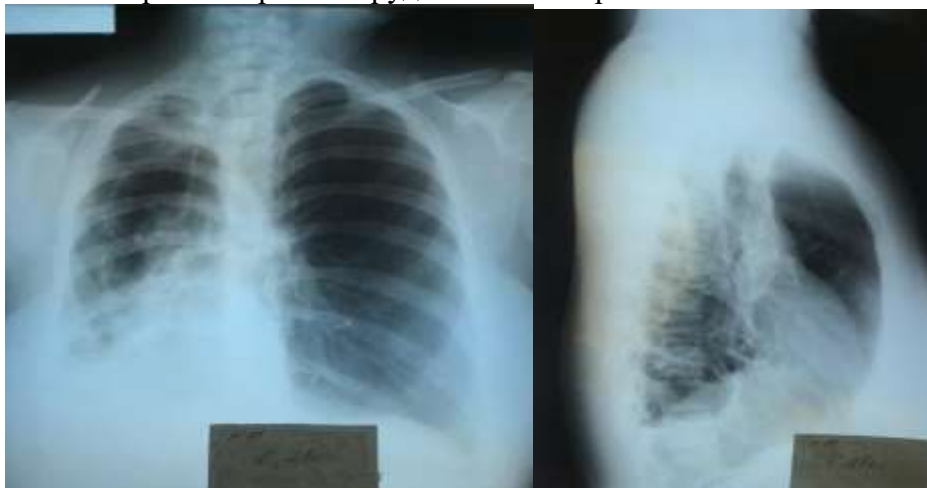
Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 8 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию - результат отрицательный.

Рентгенограммы органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

**Ситуационная задача 12**

Больная С., 45 лет, бухгалтер. Не курит, алкоголь не употребляет.

Жалобы: не предъявляет, но в течение 2-х месяцев отмечает покашливание.

Анамнез заболевания: изменения в легких выявлены при проверочной флюорографии.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1,5 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с мужем и сыном 17 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 70 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 36,5°C. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно притупление звука в межлопаточном пространстве. Аускультативно – дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 74 в мин. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 67%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 24%, моноциты – 7%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограммы и томограммы (9,5 см, 10,5 см, 11,5 см) органов грудной клетки прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### Ситуационная задача 13

Больной Т., 27 лет, программист. Не курит, алкоголь не употребляет.

Жалобы: слабость, кашель, повышение температуры тела до 38,8°C, болезненные узлы на голенях, припухлость левого голеностопного сустава.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в течение 2 недель. Обратился в поликлинику с жалобами на слабость, периодическое покашливание, повышение температуры тела до 38,8°C, болезненные узлы на голенях, припухлость левого голеностопного сустава. Самостоятельно принимал жаропонижающие и противовирусные препараты, без эффекта. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает один в съемной однокомнатной квартире.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 173 см. Вес 75 кг. Кожный покров обычной окраски. На обеих голенях узлы темно-красного цвета диаметром от 1,5 до 5 см, плотные, болезненные при пальпации. Температура тела 38,3°C. Периферические лимфатические узлы, не увеличены. Область левого голеностопного сустава отечна. ЧД 17 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $13,2 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 63%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 14%, моноциты – 11%, СОЭ – 31 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

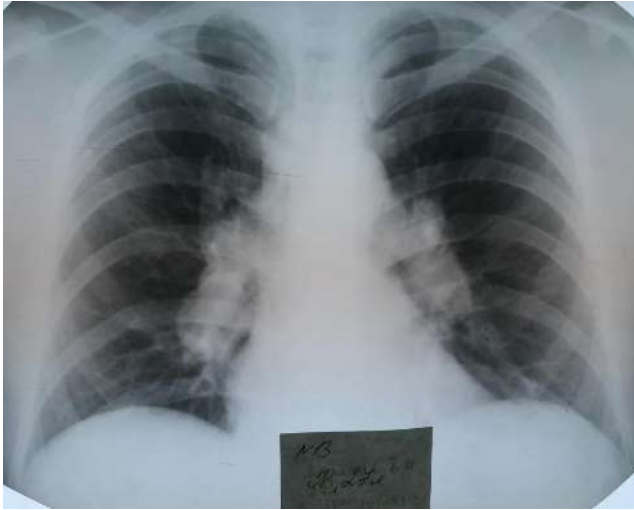
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 5 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограмма органов грудной клетки при госпитализации прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

#### **Ситуационная задача 14**

Больной А., 46 лет, инженер. Не курит, алкоголь употребляет умеренно.

Жалобы: повышение температуры тела до 37,2°C, слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита, похудание на 6 кг за последние 3 месяца, тяжесть и дискомфорт в животе после приема пищи, чередование запоров и поносов, сухой кашель.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 6 месяцев, когда появился дискомфорт в животе после приема пищи. Не обследовался. Затем отметил снижение работоспособности, похудание, стала повышаться температура тела до 37,2°C, появился сухой кашель. Обратился к врачу. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 10 месяцев назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с женой и сыном 20 лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Рост 184 см. Вес 70 кг. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски, чистый. Температура тела 37,5°C. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧД 19 в мин. Перкуторно – притупление легочного звука над всеми легочными полями обоих легких. Аускультативно – дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот немного вздут, безболезненный при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неустойчивый, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин– 100 г/л, лейкоциты–  $9,2 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 52%, лимфоциты – 24%, эозинофилы – 4%, моноциты – 12%, СОЭ – 54 мм/ч.

Общий анализ мочи: следы белка, эритроциты единичные в поле зрения.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л – гиперемия 3 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### Ситуационная задача 15

Больная Я., 56 лет, врач. Не курит. Алкоголь не употребляет. В анамнезе холецистэктомия в 48 лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость.

Анамнез заболевания: обратилась в поликлинику по поводу повышения температуры тела до 38,5°C, кашля с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, слабости. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких. Госпитализирована.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущая проверочная флюорография 8 месяцев назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с дочерью 30 лет и внучкой 5 лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Рост 170 см. Вес 58 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 38,4°C. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧД 19 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, в верхнем отделе левого легкого выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в мин. АД 122/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты –  $16 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 57%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 20%, моноциты – 13%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ мокроты методом микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену: КУМ не обнаружены.

Посев мокроты на микрофлору: *Klebsiella pneumoniae*, ЛУ к амикацину, ампициллину, офлоксацину.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограммы органов грудной клетки при госпитализации и через 3 недели прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### Ситуационная задача 16

Больной К., 56 лет, токарь. Курит с 20 лет по 15 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно. В анамнезе хронический бронхит с частыми обострениями. Наблюдается у уролога по поводу ДГПЖ.

Жалобы: на слабость, снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела до  $37,2^{\circ}\text{C}$ , сухой кашель, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кровохарканье.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 2 месяцев, когда появился постоянный сухой кашель, одышка при физической нагрузке, периодическое повышение температуры тела до  $37,2^{\circ}\text{C}$ , слабость. К врачу не обращался. Три дня назад присоединилось кровохарканье. Обратился к врачу. При диагностической флюорографии выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с женой в 2-х комнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 169 см. Вес 52 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела  $37,4^{\circ}\text{C}$ . Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. Перкуторно – притупление звука над верхним отделом правого легкого. Аускультативно – там же дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты –  $5,4 \times 10^9/\text{л}$ , п/я – 5%, с/я – 66%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 17%, моноциты – 8%, СОЭ – 60 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность-1020, белок-0,4 г/л, глюкоза - нет, эритроциты – 6-8 в поле зрения, лейкоциты – 8-10 в поле зрения.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

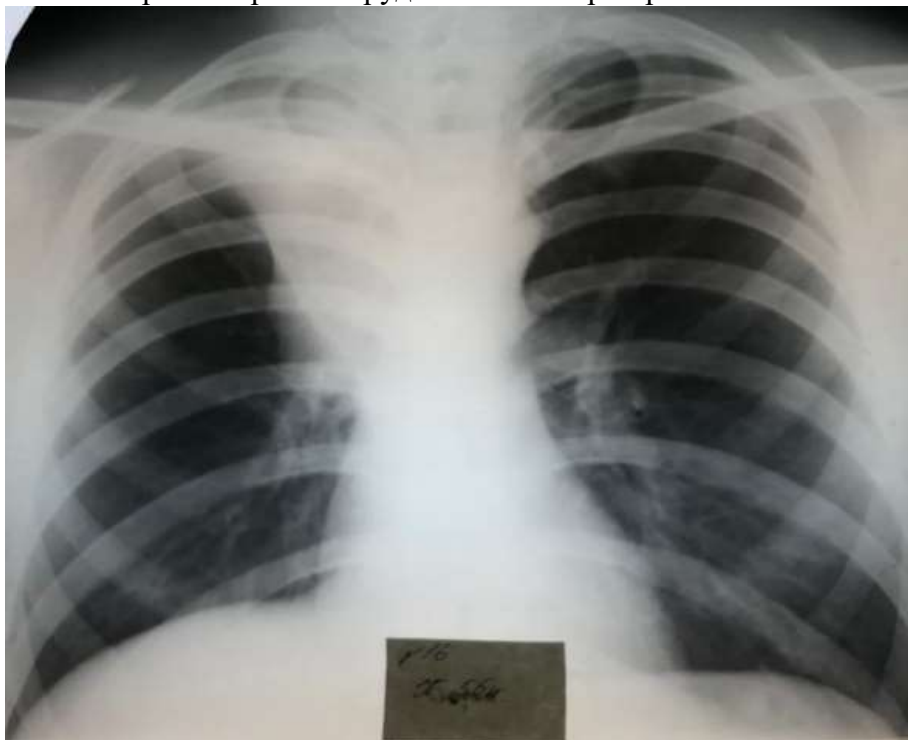
Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 4 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

При фибробронхоскопии: стеноз в/д бронха справа, определяется бугристое белесоватое образование.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### **Ситуационная задача 17**

Больная К., 37 лет, стоматолог. Не курит. Алкоголь не употребляет. С 9 лет сахарный диабет I типа. Аппендэктомия в 15 лет.

Жалобы: на кашель с гнойной мокротой, головную боль, боль в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,0°C.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение двух дней, когда поднялась температура тела до 39,0°C, появилась слабость, ломота в суставах, головная боль. Затем присоединились кашель с гнойной мокротой, одышка при физической нагрузке. Обратилась к врачу. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирована.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 5 месяцев назад – на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с гражданским мужем в однокомнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 164 см. Вес 66 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 38,3°C. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧД 20 в мин. Перкуторно – притупление над средним отделом правого легкого. Аускультативно – в среднем отделе правого легкого ослабление дыхания, среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 118/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $14,5 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 8%, с/я – 62%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 18%, моноциты – 6%, СОЭ – 45 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Посев мокроты на микрофлору: *St. aureus*  $1 \times 10^5$ , ЛУ к кларитромицину, хлорамфениколу.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 9 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограммы органов грудной клетки при госпитализации и через 1 месяц прилагаются.







Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### Ситуационная задача 18

Больной Н., 50 лет, инженер. Курит 1 п/день более 30 лет, алкоголь употребляет умеренно.

Жалобы: на кашель с мокротой слизистого характера, однократно - прожилки крови, снижение веса на 5 кг за 3 месяца, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания: в течение 3-х лет отмечал кашель со скудной мокротой в утренние часы, связывал кашель с курением. Ухудшение самочувствия около месяца назад: появились боли в левой половине грудной клетки, тяжесть, одышка при нагрузке, снижение веса. Неделю назад появились прожилки крови в мокроте. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в поликлинике по месту жительства выявлены изменения, рекомендовано обследование в противотуберкулезном диспансере.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали. Отец умер от рака легких.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с женой.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см. Вес 70 кг. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 37,4°C. Пальпируется плотный надключичный л/узел слева. ЧД 26 в мин. Перкуторно – притупление звука слева во II и III межреберьях и ниже уровня 6 ребра по передней и задней поверхности грудной клетки. Слева во 2 межреберье- жесткое дыхание, единичные сухие хрипы, ослабление дыхания над нижними отделами. Справа дыхание везикулярное. Тоны сердца

приглушены, ритмичные. ЧСС 94 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты–  $43,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты–  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с/я – 68%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 14%, моноциты– 11%, СОЭ – 60 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 5 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограммы и томограмма (7 см) органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### **Ситуационная задача 19**

Больная С., 61 год, пенсионер. Не курит, алкоголь не употребляет.

Жалобы: сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, утомляемость.

Анамнез заболевания: Страдает гипертонической болезнью. Около 1,5 месяцев назад перенесла ОРВИ: однократно повышение температуры тела до 37,4°C, боли в горле, насморк, сухой кашель. Лечение местными противовоспалительными средствами с эффектом. Через 2 недели отметила появление сухого кашля, усиливающийся в ночное время, утомляемость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке. При рентгенологическом обследовании выявлены изменения в легких.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 1,5 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с дочерью, зятем, внучкой 5 лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 164 см. Вес 86 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 36,5°C. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 22 в мин. Перкуторно звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечный толчок смещен влево на 1,5 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Голени пастозны.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 67%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 24%, моноциты – 7%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

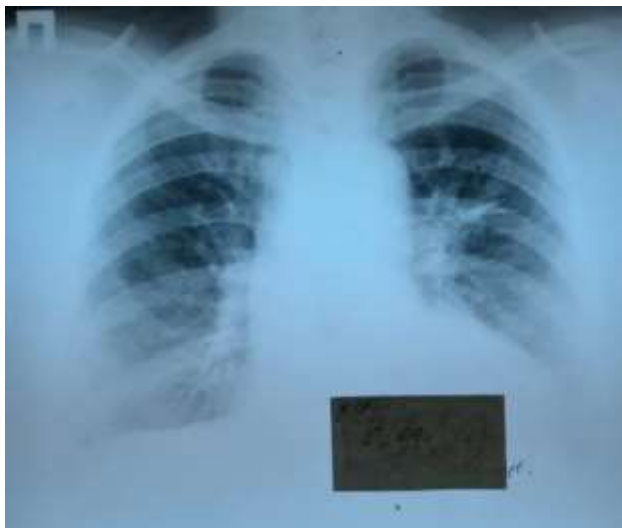
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 11 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### **Ситуационная задача 20**

Больной Б., 36 лет, инженер-механик. Не курит, алкоголь не употребляет. В анамнезе сахарный диабет II типа, часто о. бронхиты.

Жалобы: слабость, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, слезотечение, болезненные ощущения в глазах, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в течение 2-х недель. Самостоятельно принимал противовоспалительные и противовирусные препараты, без эффекта. Обратился в поликлинику с жалобами на слабость, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, слезотечение, болезненные ощущения в глазах, снижение остроты зрения. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Предыдущее флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с гражданской женой в съемной однокомнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см. Вес 78 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 37,5°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 17 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $11,2 \times 10^9/л$ , п/я – 6%, с/я – 63%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 15%, моноциты – 11%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

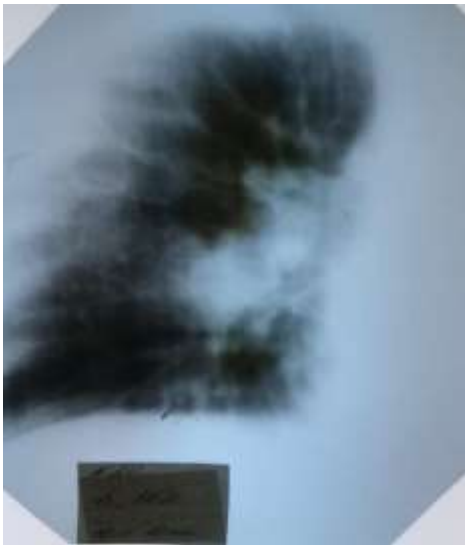
Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 4 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Консультация офтальмолога – острый иридоциклит.

Рентгенограммы и томограммы (9 см, 10 см, 11 см) органов грудной клетки прилагаются.







Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Обоснуйте диагноз.
6. Опишите дальнейшую тактику врача.

### Ситуационная задача 21

Больная В., 8 лет, учащаяся 2 класса.

Жалобы: общая слабость, повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания: вакцинирована БЦЖ-М в род. доме, ревакцинирована в 7 лет, рубчики 3 мм и 5 мм. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л в 1 год – 9 мм, в 3 года – 5 мм, в 4 года – отр., в 5 лет – отр., в 6 лет – отр., в 7 лет – отр., в 8 лет – 10 мм (при обследовании по туб. контакту). Проба с АТР в 8 лет – отр. (при обследовании по туб. контакту). Ребенок обследован по контакту, данных за туберкулез не выявлено. От превентивного лечения родители отказались, на все лето отправили ребенка к бабушке в Краснодарский край. В сентябре начали отмечать у ребенка повышенную утомляемость, снижение аппетита, связывали с нагрузками в школе. В октябре повысилась температура тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , появился малопродуктивный кашель. Лечение амбулаторно противовирусными препаратами и муколитиками – без эффекта. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирована.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом дядей (МБТ+, ЛУ к Н, R, E, Fq) 5 месяцев назад, который прибыл из пенитенциарного учреждения.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с родителями и старшим братом 12-ти лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 125 см. Вес 21 кг. Кожный покров обычной окраски. Температура тела  $37,7^{\circ}\text{C}$ . Пальпируются периферические лимфатические узлы в 5 группах до II-III размера, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. ЧД 22 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 92 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты –  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 6%, с/я – 57%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 19%, моноциты – 12%, СОЭ – 18 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, методом посева МБТ не обнаружены.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 17 мм.

Реакция на пробу с АТР – 13 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 22

Больной С., 26 лет, зубной техник. Не курит. Алкоголь не употребляет. В анамнезе миопический астигматизм слабой степени с 12 лет, МКБ с 18 лет.

Жалобы: повышение температуры тела до 37,5°C, малопродуктивный кашель, слабость.

Анамнез заболевания: отмечает снижение работоспособности и быструю утомляемость в последние 2 месяца. Около 2х недель назад присоединилась температура до 37,5°C, принимал жаропонижающие препараты и цефиксим по 400мг в сутки в течение 7 дней, без эффекта. Обратился к терапевту. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с 2-х комнатной квартире с беременной женой и ребенком 3-х лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см. Вес 78 кг. Кожный покров обычной окраски, чистые. Температура тела 37,5°C. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в верхнем отделе правого легкого. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 64 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $6,8 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 63%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 18%, моноциты – 9%, СОЭ – 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-0,2 г/л, глюкоза - нет, лейкоциты – 8 -10 в поле зрения, эритроциты – 3-4 в поле зрения, соли -ураты.

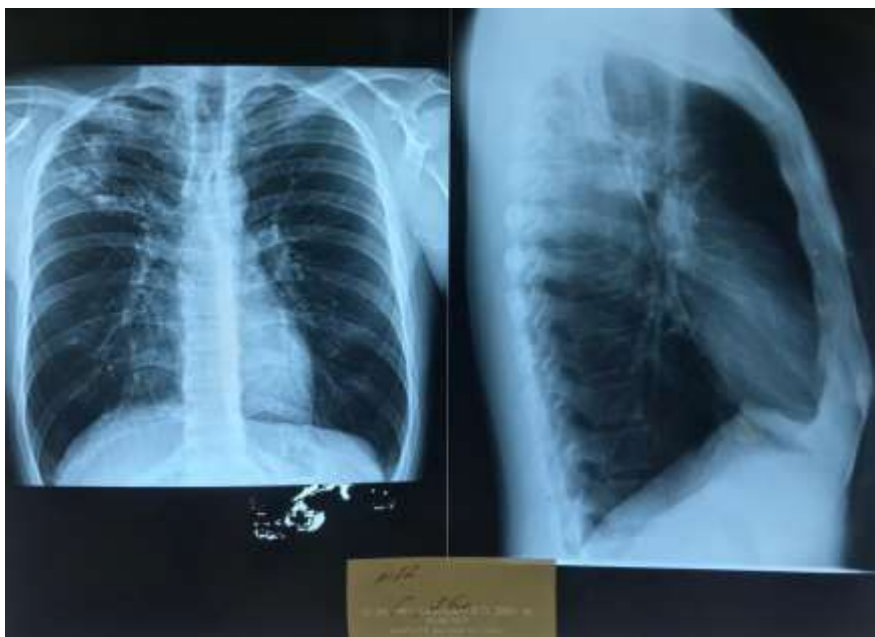
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л –12 мм.

Реакция на пробу с АТР –8 мм.

Рентгенограммы органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Опишите правила выдачи листка нетрудоспособности.

### Ситуационная задача 23

Больной Т., 45 лет, слесарь. Курит с 15 лет по 5-8 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем, в анамнезе злоупотребление в/в ПАВ.

Жалобы: на кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, кровохарканье, слабость, потливость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания: три года назад выявлен инфильтративный туберкулез S1+2 левого легкого в фазе распада. Лечился не регулярно. Ухудшение состояния отметил 3 месяца назад, когда усилился кашель, мокрота приобрела слизисто-гнойный характер, появилось кровохарканье, одышка при физической нагрузке. Обратился к врачу, госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с гражданской женой.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 175 см. Вес 59 кг. Кожный покров бледный с сероватым оттенком, тургор снижен. Левое плечо немного ниже правого. Температура тела 37,7°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 22 в мин. Перкуторно – над верхним отделом левого легкого тимпанический звук. Аускультативно – в верхнем отделе левого легкого амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 86 в мин. АД 126/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Пастозность голеней.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты –  $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 65%, лимфоциты – 20%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, СОЭ – 45 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, ЛУ к РН, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 6 мм.

Реакция на пробу с АТР – 4 мм.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию - результат положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 24

Больной Г., 40 лет, менеджер. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Сахарный диабет I типа с 10 лет. Миопия слабой степени с 13 лет.

Жалобы: на слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до  $37,4^{\circ}\text{C}$ , кашель с небольшим количеством мокроты слизистого характера, потливость в ночное время.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 4 месяцев, когда появились слабость, снижение аппетита, потливость в ночное время, кашель со скудной мокротой. За последний месяц похудел на 3 кг, стала повышаться температура тела до  $37,4^{\circ}\text{C}$ , появился кашель с мокротой слизистого характера, в связи с чем обратился в поликлинику. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с мамой в 2-х комнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 186 см. Вес 76 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. Перкуторно – над верхним отделом правого легкого притупление легочного звука. Аускультативно – в верхнем отделе правого легкого дыхание ослабленное

везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы после покашливания. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты –  $12,8 \times 10^9/\text{л}$ , п/я – 8%, с/я – 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 29 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом посева МБТ (+), ЛУ к R, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, ЛУ к R.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 17 мм.

Реакция на пробу с АТР – 13 мм.

Рентгенограмма и томограммы (7 см, 8 см, 9 см) органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика участкового фтизиатра после госпитализации больного.

### Ситуационная задача 25

Больная А., 40 лет, не работает. Курит, употребляет алкоголь умеренно.

Жалобы: на повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$  в вечерние часы, кашель, слабость, похудела на 5 кг за 4 месяца.

Анамнез заболевания: изменения в легких впервые выявлены при диагностическом рентгенологическом обследовании при обращении в поликлинику по поводу сохранявшихся более

2-х недель кашля с небольшим количеством светлой мокроты, повышение температуры тела до 37,2°C. Рекомендовано обследование в противотуберкулезном диспансере. От обследования отказалась. Обратилась повторно в связи с сохраняющимся кашлем, повышением температуры. Страдает аутоиммунным тиреоидитом, принимает эутирокс 75 мг/сутки.

Фтизиатрический анамнез: ранее туберкулезом не болела. Контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 1,5 года назад. На контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает в 1 комнатной квартире с мужем.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 172 см. Вес 68 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела 37,2°C. ЧД 16 в мин. Перкуторно – звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 109 г/л, эритроциты–  $3,65 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты–  $9,1 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 72%, эозинофилы– 4%, лимфоциты – 15%, моноциты– 8%, СОЭ – 36 мм/ч.

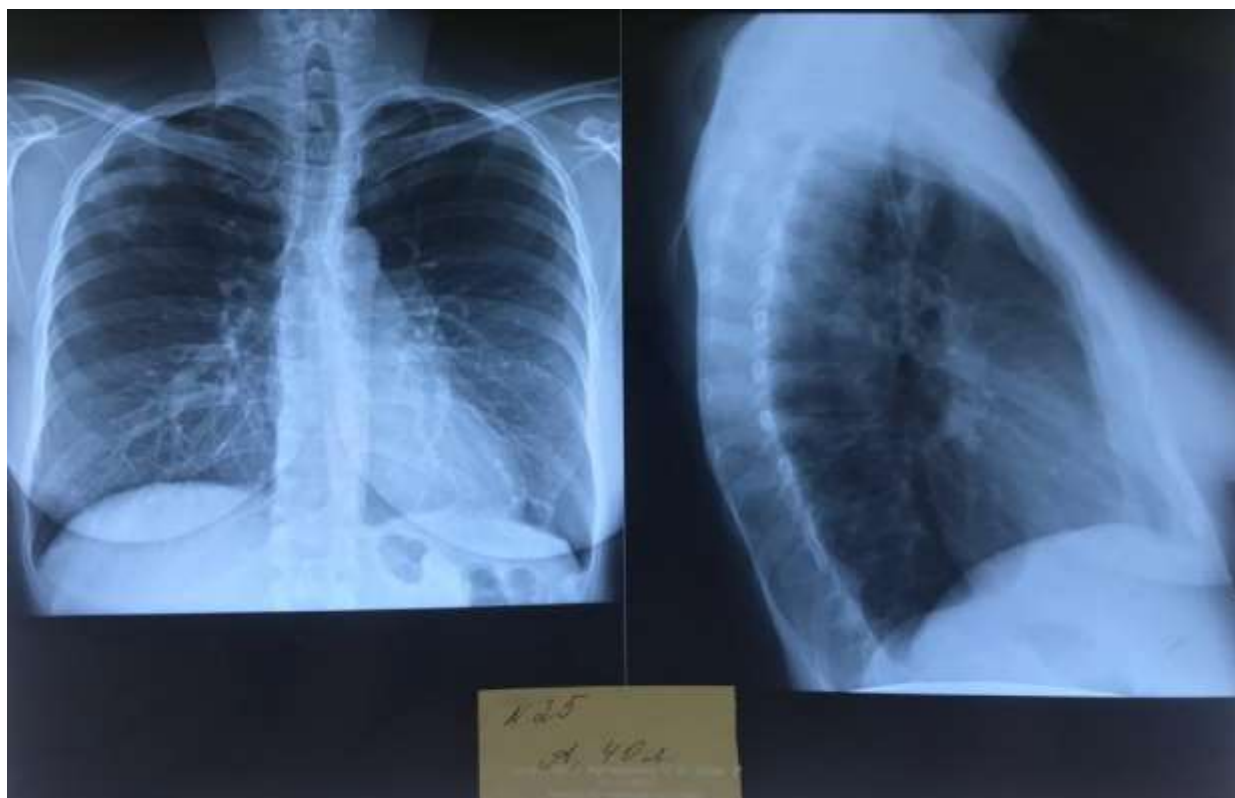
Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ 1+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, лекарственная устойчивость к R.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 14 мм.

Реакция на пробу с АТР – 12 мм.

Рентгенограммы органов грудной клетки прилагаются.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 26

Больной Н., 35 лет, слесарь. Курит по ½ пачки сигарет в день в течение 18 лет. Алкоголь употребляем умеренно.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38,0°C, снижение массы тела на 7 кг за последние 4 месяца, общую слабость, утомляемость, кашель с мокротой с прожилками алой крови.

Анамнез заболевания: в течение 6 месяцев отмечает частые простудные заболевания. К врачу не обращался, лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие препараты, грудной сбор. В связи с ухудшением состояния, появлением прожилок крови в мокроте, пациент обратился к участковому терапевту. В поликлинике проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Пациент был госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом соседом (МБТ+, ЛУ к Н) по коммунальной два года назад. Пациент был обследован по контакту. От профилактического лечения отказался, на контрольные обследования не приходил.

Социальный анамнез: холост, проживает в коммунальной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 175 см. Вес 63 кг. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии – укорочение звука в верхних отделах слева, там же выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты -  $3,7 \times 10^{12}$  лейкоциты -  $13,8 \times 10^9$ , п/я - 5%, с/я - 65%, эозинофилы - 1%, моноциты - 9%, лимфоциты - 20%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи белок 0,1 г/л, лейкоциты 2-4 в п/зр, эритроциты неизмененные 1-2 в п/зр., глюкоза - нет.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ 2+, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, ЛУ к Н.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 6 мм.

Реакция на пробу с АТР – 10 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки при госпитализации и рентгенограмма и томограмма (6 см) органов грудной клетки через 6 месяцев прилагаются.





Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.

### Ситуационная задача 27

Больной К., 20 лет, студентка. Не курит. Алкоголь не употребляет. В анамнезе миопия сильной степени с 9 лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , ночную потливость, общую слабость, боль в правой половине грудной клетки, одышку при незначительной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: считает себя больной около двух недель, когда появилась боль в грудной клетке справа, усиливающаяся при глубоком дыхании, слабость, повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ . Лечилась самостоятельно жаропонижающими и противовирусными препаратами, без положительного эффекта, присоединилась одышка. В связи с ухудшением самочувствия обратилась к врачу. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирована.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали.

Социальный анамнез: проживает с 2-х комнатной квартире с родителями и сестрой 18 лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 169 см. Вес 54 кг. Температура тела  $37,9^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии – укорочение звука под правой лопаткой и по подмышечным линиям, аускультативно там же дыхание не прослушивается. В остальных отделах легких перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД 21 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 89 в мин. АД 115/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ , лейкоциты -  $7,8 \times 10^9$ , п/я - 10%, с/я - 60%, эозинофилы - 2%, моноциты - 8%, лимфоциты - 20%, СОЭ - 35 мм/ч

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-0,1 г/л, глюкоза - нет, лейкоциты –2-4 в поле зрения, соли - оксалаты.

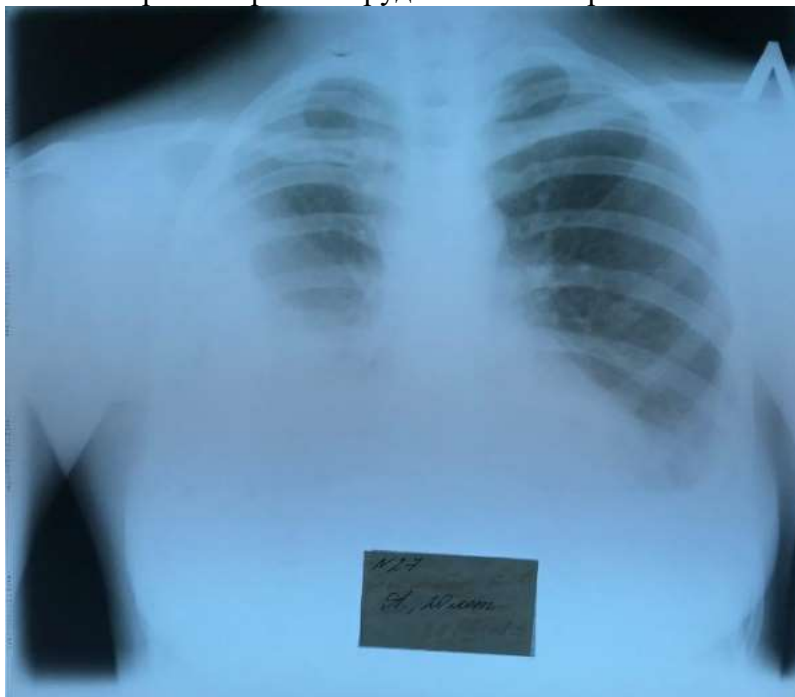
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л –14 мм.

Реакция на пробу с АТР –5 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика участкового фтизиатра после госпитализации больной.

### Ситуационная задача 28

Больная Г., 9 мес.

Жалобы: общая слабость, повышение температуры тела до  $38,3^{\circ}\text{C}$ , малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания: вакцинирована БЦЖ-М в род. доме, прививочного рубца нет. В возрасте 4 и 5 месяцев дважды лечилась в больнице по поводу ОРВИ, осложнившейся пневмонией. После лечения в больнице сохранялся кашель. В 8 месяцев по поводу пневмонии повторно госпитализирована в районную больницу. После консультации фтизиатра переведена в специализированный стационар.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больной бабушкой (МБТ+, ЛЧ к НР) с рождения.

Социальный анамнез: проживает в 3-х комнатной квартире с родителями, бабушкой и дедушкой.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 64 см. Вес 8,0 кг. Кожный покров обычной окраски. Температура тела  $37,7^{\circ}\text{C}$ . Пальпируются периферические лимфатические узлы в 7 группах до II-III размера, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. ЧД 42 в мин. Перкуторно – над правым легким в 5-6 межреберье спереди небольшое укорочение звука. Дыхание в зоне укорочения ослаблено. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 130 в мин. АД 90/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, лейкоциты –  $8,9 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 4%, с/я – 46%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 39%, моноциты – 10%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Фиброbronхоскопия – свищевая форма туберкулеза средней доли с обструкцией его просвета за счет грануляций и компрессии извне.

Анализ промывных вод бронхов на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15 мм с везикулой.

Реакция на пробу с АТР – 13 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования. Какова тактика диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболевания туберкулезом на фтизиатрическом участке?

### Ситуационная задача 29

Больной З., 1 год 11 мес.

Жалобы: общая слабость, повышение температуры тела до 37,4°C, малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания: вакцинирован БЦЖ-М в род. доме, прививочного рубца нет. Проба Манту 2 ТЕ в 1 год не проводилась (отказ мамы). В возрасте 1 года 9 месяцев лечился в больнице по поводу ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Курс лечения кратковременный, так как мать забрала ребенка домой. В настоящее время обследован фтизиатром по контакту (очаг смерти), госпитализирован в специализированный стационар.

Фтизиатрический анамнез: ребенок из очага смерти. Умер дядя, на вскрытии выявлен активный туберкулез.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с мамой, 2 сестрами и 2 братьями. Семья асоциальная, у матери хронический алкоголизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 79 см. Вес 9,8 кг. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 37,4°C. Пальпируются периферические лимфатические узлы в 6 группах до I-II размера, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. ЧД 38 в

мин. Перкуторно – в верхних отделах справа притупление легочного звука. Аускультативно – дыхание пуэрильное, справа выслушиваются единичные сухие хрипы, в области верхней доли правого легкого дыхание не определяется. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 126 в мин. АД 90/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 103 г/л, лейкоциты –  $12 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 1%, с/я – 58%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 25%, моноциты – 15%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес 1015, pH кислая, белок – отр., глюкоза – отр., лейкоциты – 20-40 в поле зрения, эпителий плоский – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1-2 в поле зрения, слизь – много, соли – ураты.

Фибробронхоскопия – верхнедолевой бронх справа короткий, отмечается подтянутость третьего сегментарного бронха. Резкое сужение просветов сегментарных бронхов (3 степени) за счет выраженной компрессии.

Анализ промывных вод бронхов на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 17 мм.

Реакция на пробу с АТР – 15 мм.

Рентгенограммы и томограмма (срез 6 см) органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика участкового фтизиатра после госпитализации больного. Какова тактика диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболевания туберкулезом на фтизиатрическом участке?

### Ситуационная задача 30

Больная С., 3 года 2 мес.

Жалобы: общая слабость, повышение температуры тела до  $37,0^{\circ}\text{C}$ .

Анамнез заболевания: за последний год ребенок часто болел ОРВИ, связывали с началом посещения ДДУ. По результату иммунодиагностики направлена к фтизиатру. При дообследовании выявлены изменения на рентгенограмме органов грудной клетки, госпитализирована в специализированный стационар.

Фтизиатрический анамнез: вакцинирована БЦЖ-М в род. доме, прививочный рубчик 4 мм. Проба Манту 2 ТЕ в 1 год – 8 мм, в 2 года – 6 мм, в 3 года – 15 мм. Достоверный контакт с больным туберкулезом не установлен.

Социальный анамнез: проживает в 2-х комнатной квартире с родителями.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 94 см. Вес 12 кг. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 36,9°C. Пальпируются периферические лимфатические узлы в 5 группах до I-II размера, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. ЧД 26 в мин. Перкуторно – в верхних отделах справа притупление легочного звука. Аускультативно – дыхание пуэрильное, справа выслушиваются единичные сухие хрипы, в области верхней доли правого легкого дыхание не определяется. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 5%, с/я – 43%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 40%, моноциты – 7%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ мазка из зева на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 17 мм.

Реакция на пробу с АТР – 14 мм.

Рентгенограммы и томограмма (срез 6,5 см) органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.
5. Назначьте лечение.
6. Определите сроки и объем контрольных методов обследования.