

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

Хапаев Б.А.
Байрамуков С.Х.

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Часть 7. Инфекционные болезни и фтизиатрия.

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Черкесск
2019

УДК 616:378
ББК 54.10.58
X 19

Рассмотрено на заседании кафедры внутренних болезней.
Протокол № 11/18 от «16» ноября 2018 г.
Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.
Протокол №16 от «28» декабря 2018 г.

Рецензент: Котелевец, С.М. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского института ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»

X19 **Хапаев, Б.А.** Государственная итоговая аттестация и первичная аккредитация специалистов. Часть 7. Инфекционные болезни и фтизиатрия. Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело / Б.А. Хапаев, С.Х. Байрамуков – Черкесск: БИЦ СКГА, 2019 – 58 с.

Сборник предназначен для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Представлены ситуационные задачи по смежным дисциплинам (инфекционным болезням и фтизиатрии) и эталоны ответов на эти задачи. Сборник может быть использован преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

УДК 616:378
ББК 54.10.58

ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело (далее - ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по внутренним болезням, хирургическим болезням, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням и фтизиатрии. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин.

Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;
- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, то есть прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Процедура аккредитации внедряется поэтапно. В настоящее время завершены первый и второй этапы аккредитации специалистов:

- в 2016 году по специальностям «Стоматология» и «Фармация»;

- в 2017 году по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), в том числе по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Лица, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения дополнительной подготовки. В частности лица, прошедшие аккредитацию специалистов по специальности «Лечебное дело», допускаются к профессиональной деятельности на должности «Врач-терапевт участковый».

Процедура аккредитации специалиста включает в себя три этапа оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.

Решение ситуационных задач проводится путем заслушивания членами аккредитационной подкомиссии ответов на три ситуационные задачи, в каждой из которых содержится по 5 вопросов. На подготовку к ответу отводится не более 60 минут. Комплектование набора ситуационных задач для каждого лица осуществляется программным обеспечением автоматически из единой базы оценочных средств.

Для осуществления методического сопровождения аккредитации специалистов Минздравом России на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова сформирован Методический центр аккредитации, одной из задач которого является организация разработки оценочных средств и формирование фонда оценочных средств, используемых при аккредитации специалистов.

Для осуществления методического сопровождения процедуры аккредитации специалистов Методический центр аккредитации использует специально созданный Интернет-ресурс (<https://fmza.ru>), материалы которого находятся в свободном доступе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/akkreditatsiya-spetsialista>) и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (<http://www.mma.ru/education/aakr/>). Специалисты могут оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного экзамена, количество репетиционных попыток не ограничено.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи (кейс-задания) по смежным дисциплинам - инфекционным болезням и фтизиатрии, из числа размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz_lechebnoe_delo_2018.pdf) и предлагаемых для проведения третьего этапа первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Во второй части пособия даны эталоны ответов на представленные ситуационные задачи, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz_lechebnoe-delo-2018.pdf).

Учебное пособие предназначено для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Также пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача 1.

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5°C. Болеет в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка нёбных миндалин и передних нёбных дужек гиперемизирована. Нёбные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемизирована.

В анализе крови: лейкоциты - $13,5 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12} /\text{л}$, НЬ-121 г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5 °C. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отёчен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.
4. Какие методы диагностики необходимо провести?
5. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10
J03.0 Стрептококковый тонзиллит.
J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.
J03.9 Острый тонзиллит неуточненный.
J36 Перитонзиллярный абсцесс.

Ситуационная задача 2

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15 января в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазами. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На

следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.
5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа.

Ситуационная задача 3

Больной М. 16 лет направлен с приема в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38°C, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живет в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учебы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезенка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 4

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела

до 40,2°C. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал.

При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2°C. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звездчатая сыпь синевато-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 ударов в минуту, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные.

При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налетов нет. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 76 ударов в минуту. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ситуационная задача 5

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1°C, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

Ситуационная задача 6

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40°C. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38°C, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отечны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия, и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчетливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 116 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%.

Моча: без патологии.

Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача 7

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38°C, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась темная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар.

При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезенка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело еще несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача 8

Больная Б. 54 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом на 3 день болезни по поводу жалоб на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки. В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отек ткани. При пальпации пораженного участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача 9

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38°C, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38°C, вечером 39°C, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница.

При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4°C, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В легких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Госпитализирован.

- Вопросы:**
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
 4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
 5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

Ситуационная задача 10

Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД – 95/60 мм рт. ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели еще несколько человек по месту учебы. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинко-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

Ситуационная задача 11

Больной Е. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером.

Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5°C. На коже спины, в области правой лопатки четко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы: 1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учетом синдромального подхода и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторнополиклинической помощи?

5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания.

Ситуационная задача 12

Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе.

Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался легкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к врачу-инфекционисту.

Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над непораженной кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отека, гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии? Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания

Ситуационная задача 13

Больная Н. 41 года обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании. Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить.

Сопутствующие заболевания: наблюдается у врача-ревматолога с диагнозом «первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава».

Принимает Диклофенак 75 мг 2 раза в день per os.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет, при осмотре правого коленного сустава видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объема активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отечность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налетов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование, обоснуйте.
5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный прием к врачу-терапевту участковому. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,93, ретикулоциты - 0,8%, тромбоциты – 190×10^9 /л, лейкоциты - $1,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 23 мм/ч. Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Ситуационная задача 14

Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входила рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления. Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышаться температура до 37,1°C, появились отчетливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось легкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°C. В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры желтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчесы отсутствуют. Легкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счет увеличенной печени, правая доля определяется ниже реберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглен, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительные пузырьные симптомы: Керра, Мерфи и Френикус.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 U/L (норма - 4-42 U/L); АСТ - 42 U/L (5-37 U/L), холестерин - 6,6 ммоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 U/L (норма 7 - 64 U/L), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час).

Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед., жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены.

УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 (норма до 150), левая - 85 (норма до 70), структура однородная, эхогенность снижена, имеется расширение крупных внутрипеченочных желчных протоков.

Rg легких: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос.

Вирусологическое исследование: ИФА: вирусы А, В, Е – отрицательные.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе монотерапии или комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Ситуационная задача 15

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5°C. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

В анализе крови: лейкоциты – $13,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, эозинофилы – 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5°C. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счет смещения правой

миндалин медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.

4. Какие методы диагностики необходимо провести?

5. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10 J03.0 Стрептококковый тонзиллит. J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями. J03.9 Острый тонзиллит неуточненный. J36 Перитонзиллярный абсцесс.

Ситуационная задача 16

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером.

Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В легких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии?
5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии?

Ситуационная задача 17

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, темную мочу, слабость, отвращение к пище, легкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5°C, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – темная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8°C. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезенки. Моча темно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учетом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

Ситуационная задача 18

Больной Д. 18 лет обратился в поликлинику на 2 день болезни с жалобами на заложенность носа, першение в горле, слабость, головокружение. Накануне утром

почувствовал недомогание, появились неприятные ощущения в горле. Измерил температуру тела – 37,6°C. На следующий день продолжали беспокоить слабость, разбитость, боль в горле, заложенность носа, появилась головная боль, температура выше 37,8°C не повышалась. Из анамнеза известно, что больной 6 дней назад навещал друга, который на следующий день был госпитализирован в тяжелом состоянии в инфекционный стационар с подозрением на менингит.

При осмотре температура тела 37,5°C, общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожа нормальной окраски, без сыпи. Выявлена небольшая гиперемия и сухость мягкого неба, задней стенки глотки, миндалины увеличены, несколько отечны, отмечается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Симптомы ригидности затылочных мышц, Брудзинского, Кернига отрицательные.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учетом синдромального подхода и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

Ситуационная задача 19

Девушка 20 лет жалуется на неприятные ощущения в глотке: першение, жжение. Данные симптомы появились после того, как накануне она съела большое количество мороженого.

Объективно: определяется яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $10,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/час; нейтрофилы – 65,2%, лимфоциты – 21,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%. Больная требует оформление больничного листа.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план и обоснуйте план лечения пациента (укажите препараты выбора, диета).
4. Назовите основных возбудителей и факторы, способствующие развитию данного заболевания.
5. Оцените трудоспособность пациентки. Необходимо ли выдать лист временной нетрудоспособности?

Ситуационная задача 20

Мужчина 25 лет жалуется на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5°C, общее недомогание. Связывает данное состояние с недавним переохлаждением.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. В зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $10,8 \times 10^9/\text{л}$., СОЭ – 17 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 65,2%, лимфоциты – 21,3%, эозинофилы – 3,1 %, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
4. Меры санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий при данном заболевании.
5. Указать основного возбудителя заболевания.

Ситуационная задача 21

Больной 24 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро, 2 дня назад. Температура тела достигает 39–40°C.

Объективно: регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $14,6 \times 10^9/\text{л}$., СОЭ – 66 мм/час; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 65,2%, лимфоциты – 12,3%, эозинофилы – 3,1%, моноциты – 10%, базофилы – 0,4%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие методы диагностики необходимо провести?
4. Возможные осложнения со стороны внутренних органов (местные и общие) при повторении подобных состояний.
5. Указать рекомендованный срок постельного режима и временной нетрудоспособности при данном заболевании.

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

ФТИЗИАТРИЯ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача 1

Мужчина Ф. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6 °С, справа отмечается сглаживание межреберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого легкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,9 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки.

Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулеза методом микроскопии – КУМ отриц.

Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.

Общий анализ мочи: норма.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с четкой косой верхней границей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача 2

Больной М. 35 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев.

Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения.

Из анамнеза: 3 года назад перенес правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулезом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5°C. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение легочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено, слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Анализ мокроты на МБТ: м/скопия – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа легкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счет прослойки воздуха. В легочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача 3

Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37 °С, вечерами до 38,5°C), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4 раз в день.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение легочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений. Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество.

Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечеткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих легких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача 4

Больной Н. 48 лет в течение 3 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 6 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры тела. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывает с заболеванием сахарным диабетом. При очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в легких.

Рентгенографически – в правом легком от верхушки до III ребра определяется неомогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечеткие. В окружающей ткани легкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 19%, моноциты - 11%, СОЭ – 18 мм/час.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм.

В связи с возникшим легочным кровотечением исследование мокроты на МБТ не произведено.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, о которых можно думать в данном случае.
2. Поставьте диагноз.
3. Дайте обоснование диагноза.
4. Объясните малую выраженность клинической симптоматики.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему ведению больного и обоснуйте их.

Ситуационная задача 5

Больной М. 33 лет переведен в стационар противотуберкулезного диспансера из инфекционной больницы в тяжелом состоянии. В течение 10 лет наблюдается в центре СПИД, в настоящее время – с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В вторичных заболеваний, АРВТ фаза прогрессирования». Заболел остро неделю назад – поднялась температура до 38°C, появились выраженная слабость, потливость, одышка в покое, приступообразный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

При осмотре – кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Аскультативно – над всей поверхностью легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Рентгенологически – в обоих легких от верхушек до диафрагмы визуализируются множественные мелкие (до 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени средней интенсивности, с нечеткими размытыми контурами.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

В общем анализе крови: лейкоциты - $15,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ - 46 мм/час.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии трехкратно МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Объясните, почему у больного отрицательная проба Манту.
3. С какими неспецифическими болезнями легких следует дифференцировать данное заболевание?
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания с пневмоцистной пневмонией.
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 6

Пациент М. 20 лет поступил на госпитализацию в неврологическое отделение городской больницы №1 с жалобами на слабость в нижних конечностях, невозможность ходить, а также на общее недомогание, снижение аппетита и массы тела, субфебрилитет по вечерам. Заболел два года назад, когда начала беспокоить постепенно нарастающая слабость в ногах. Неоднократно обращался к врачу-терапевту участковому, который оценивал состояние пациента как проявление остеохондроза позвоночника. В последнее время перестал ходить, в связи с чем осмотрен неврологом, который заподозрил у пациента рассеянный склероз. Из анамнеза известно, что в детстве был контакт с больной туберкулезом асоциальной матерью, которая 15 лет назад погибла от автотравмы, впоследствии пациент воспитывался бабушкой. В стационаре проведен комплекс диагностических мероприятий.

На обзорной рентгенограмме (в двух проекциях) и МРТ позвоночника выявлена контактная деструкция тел XI-XII грудных позвонков и I поясничного позвонка с формированием некротических масс, компрессией соответствующего отдела спинного мозга.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – $8,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ - 21 мм/час.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 22 мм папула.

На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести пациенту?
4. По какой группе диспансерного учета подлежит наблюдению больной М. и почему?
5. Назначьте режим химиотерапии и схему этиотропного лечения больного.

Ситуационная задача 7

При массовом флюорографическом обследовании населения у больного были выявлены единичные очаговые тени в области верхушки правого легкого. Врач-рентгенолог оценил эти очаги как остаточные изменения после перенесенного туберкулеза и не вызвал больного на дообследование. Через 4 месяца этот больной обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, субфебрильную температуру по вечерам, потливость, особенно в ночное время, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.

При рентгенологическом обследовании в верхней доле правого легкого от верхушки до III ребра обнаружены множественные очаговые тени полиморфного характера, местами сливающиеся между собой, и несколько полостей распада размерами до 2 см в диаметре.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены микобактерии туберкулеза.

Вопросы:

1. Своевременно ли выявлено заболевание у данного больного? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли поступил врач-рентгенолог после обнаружения очагов у больного 4 месяца назад? Обоснуйте свой ответ.
3. Какие мероприятия необходимо было провести в то время?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие лечебные мероприятия необходимо провести этому больному? Обоснуйте свой ответ

Ситуационная задача 8

Больной Б. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, кашель со скудной мокротой слизистого характера, преимущественно по утрам, одышку в покое, ночные поты. Имеет контакт с больным туберкулезом отцом. Болен в течение 10 дней, когда после переохлаждения повысилась температура, появилась слабость, одышка в покое. После рентгенологического обследования выявлена патология в легких. Направлен в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная двусторонняя очаговая пневмония».

При осмотре: кожные покровы бледные, румянец щек, периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии над легкими тимпанит, дыхание ослабленное, хрипов нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $11,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 18%, моноциты - 12%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1017, белок – 0,066‰, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Анализ мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии – МБТ не обнаружены.

Рентгенологически: в легких определяется тотальная мелкоочаговая диссеминация, очаги размерами 2-3 мм, расположены периваскулярно, средней интенсивности, с четкими контурами, без склонности к слиянию.

Терапия антибиотиками широкого спектра действия в течение двух недель эффекта не дала.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Какие еще заболевания протекают с подобной рентгенологической картиной?
4. Какие методы микробиологической диагностики можно использовать в данном случае?
5. Составьте план лечения пациента и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 9

Больной П. 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия. Ранее ничем не болел. ФГ ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали.

Отмечает контакт с больным туберкулезом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, справа над лопаткой на ограниченном пространстве выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения. В общем анализе мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты - покрывают все поле зрения, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные. При бактериоскопии преобладают кокки.

МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены. Диаскинтест - инфильтрат 12 мм.

ФОГ гр. клетки – справа в верхней доле определяется участок инфильтрации средней интенсивности неправильно округлой формы до 5 см в диаметре, без четких контуров, неоднородной структуры за счет просветления около 1 см в диаметре в центре, с «дорожкой» к корню. Корни структурны. Синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень без особенностей.

Больной был направлен к врачу-фтизиатру на консультацию.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.
5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 10

Мужчина П. 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38°C , слабость. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Последняя ФОГ год назад – на дообследование не вызывали.

При обследовании правая половина грудной клетки несколько отстаёт в акте дыхания, а при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации здесь же дыхание не прослушивается. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией слева. ЧСС - 86 в минуту.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - $11,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей от уровня переднего отрезка IV ребра до диафрагмы. Небольшое смещение средостения влево. Больной направлен в легочно-хирургическое отделение областного туберкулезного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров

плевральной жидкости соломенно-желтого цвета. Визуально париетальная плевро инъецирована, с наложением фибрина и мелкими белесоватыми бугорками.

Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окруженные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Лангханса и фуксинофильные палочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Определите трудоспособность пациента.
5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 11

Больная С. 21 года в течение двух недель отмечает слабость, сонливость, повышенную раздражительность, потерю аппетита, субфебрилитет. Также отмечается непостоянная головная боль без четкой локализации, не снимаемая анальгетиками, рвота, не связанная с приемом пищи, без предшествующей тошноты. Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. После проведенного обследования врачом-терапевтом участковым выставлен диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия) с повторной явкой на прием через три дня. На фоне проводимого лечения состояние больной резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли, температура повысилась до 39 °С, стали отмечаться спонтанно возникающие и быстро исчезающие красные пятна на лице и груди. Учитывая вышеперечисленные клинические симптомы и течение заболевания, врачом-терапевтом участковым назначена консультация врача-невролога. При исследовании неврологического статуса выявлены положительные менингеальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие. Для дальнейшего обследования доставлена в инфекционное отделение.

При проведении спинномозговой пункции обнаружено: повышенное давление (жидкость вытекает струей), цитоз – 200 клеток (нейтрофилы – 10%, лимфоциты – 90%), хлориды – 70 ммоль/л, сахар – 0,6 ммоль/л, белок – 1,2 г/л. Методом ПЦР в ликворе обнаружены МБТ.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 17%, моноциты – 12%, СОЭ – 22 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.
2. Какая пара черепно-мозговых нервов поражена у больной? Какие еще черепно-мозговые нервы могут поражаться при данном заболевании?
3. Назовите изменения в ликворе, подтверждающие этиологию заболевания.
4. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения данной больной и обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 12

В приемный покой многопрофильного стационара доставлен мужчина 26 лет с жалобами на повышение температуры до 39°С, боли в грудной клетке, кашель с мокротой с примесью крови. Профессия – учитель в школе.

Из анамнеза: в течение 4 месяцев постепенно нарастала слабость, снижение аппетита, похудание. В прошлом году имел туберкулезный контакт с родственником. Ухудшение 3 дня назад: повышение температуры, кашель.

При осмотре: состояние средней тяжести. Истощен. Кожные покровы бледные, акроцианоз. При кашле сплевывает кровь, выделено 30-40 мл крови. Одышка, ЧД - 30 в минуту в покое. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Укорочение перкуторного звука над верхней долей правого легкого. Там же бронхиальное дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $15,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 1%, моноциты – 7%, лимфоциты – 8%, СОЭ – 45 мм/ч. В анализе мокроты – кислотоустойчивые палочки.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: в верхней доле правого легкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних отделах обоих легких.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
5. Назовите осложнение данного заболевания, требующее неотложных мероприятий.

Назначьте и обоснуйте лечение.

Ситуационная задача 13

Женщина 35 лет выявлена при профилактическом ФЛГ-обследовании.

Из анамнеза: хронические заболевания – тиреоксикоз, у врача-эндокринолога наблюдается нерегулярно. Условия жизни благополучные, профессиональных вредностей нет, работает продавцом-консультантом. В прошлом 1,5 года назад имел место туберкулезный контакт с коллегой по работе, профилактические мероприятия не проводились. Профилактическая ФЛГ не делалась 3 года. Жалоб не предъявляет, симптомы интоксикации отсутствуют. Перкуторно, аускультативно изменений нет.

Микроскопия мокроты на МБТ – отр.

Иммунодиагностика: проба Манту 2 ТЕ – р. 12 мм, ДСТ – р. 4 мм

Рентген - томографически: в верхней доле левого легкого субплеврально определяется неоднородное ограниченное затемнение округлой формы размерами 1,5×2,0 см



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие основные методы лечения рекомендуются?
5. Определите сроки нетрудоспособности пациентки.

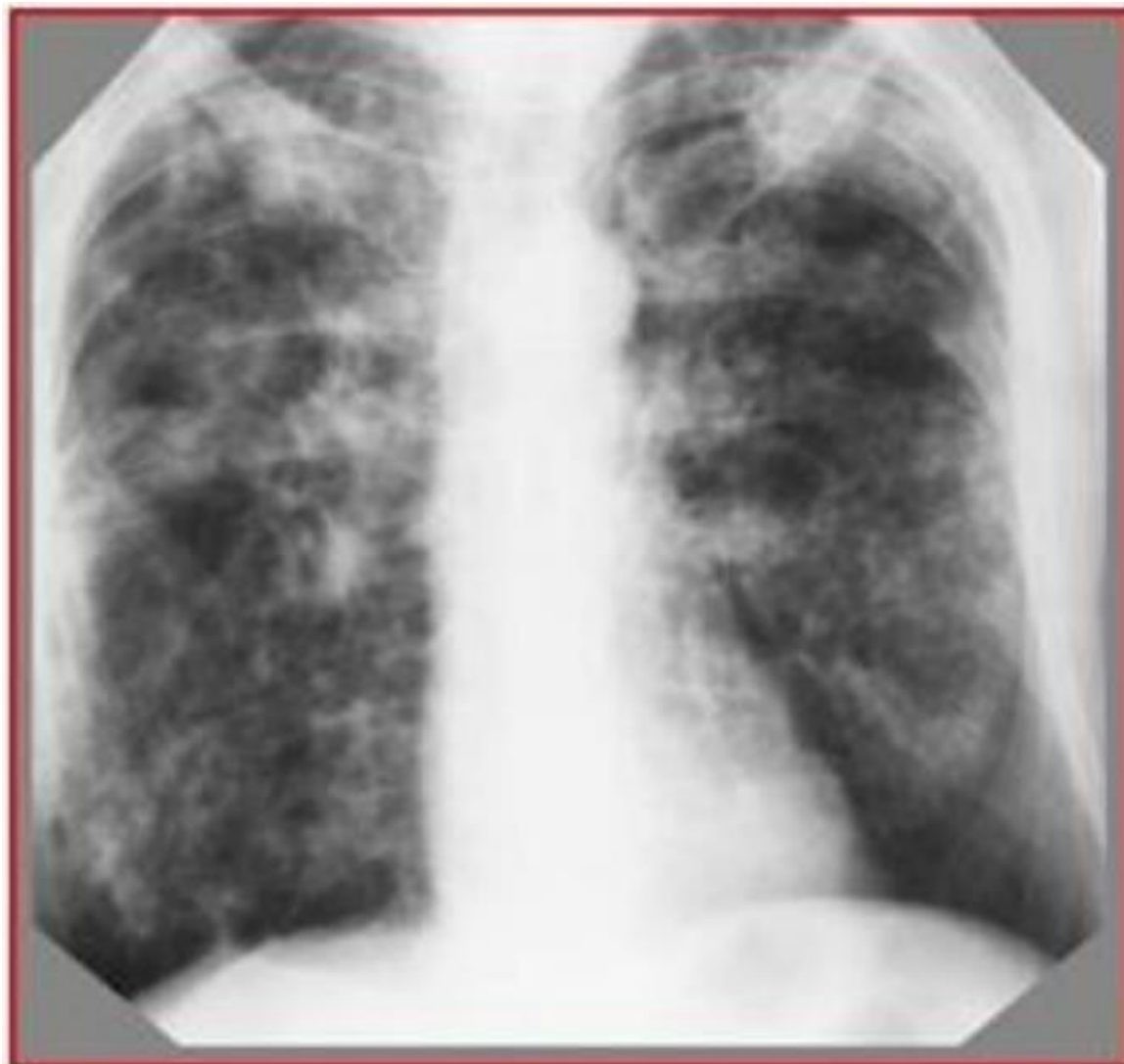
Ситуационная задача 14

Молодой человек 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, снижение аппетита, похудание, непостоянный субфебрилитет, навязчивый кашель. Эти симптомы появились после ОРВИ и усиливались в течение 1,5 месяцев, несмотря на противокашлевую и антибактериальную терапию. Ухудшение самочувствия в течение последней недели: повышение температуры до 38°C, усиление кашля с мокротой, появление одышки. Профилактическая флюорография 2 года назад, обнаружены единичные очаги Гона.

Из анамнеза: контакт с больным туберкулезом отцом, умершим от туберкулеза 1 год назад. В противотуберкулезном диспансере никогда не наблюдался. Противозидемические мероприятия в очаге не проводились. Условия жизни неблагополучные, живет с матерью в коммунальной квартире. Курит в течение 5 лет.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 50 кг, выражены симптомы интоксикации, ЧД – 30 в минуту, бледность, акроцианоз. Перкуторно – укорочение звука в верхних и средних отделах, непостоянные влажные хрипы над всеми легочными полями.

Рентгенологически: очаговая диссеминация по всем легочным полям с обеих сторон, преимущественно в верхних и средних отделах. Контуры очагов нечеткие, очаги сливаются в фокусные тени, с участками просветления.



Был госпитализирован во фтизиатрический стационар.

Иммунодиагностика: проба Манту 2 ТЕ – папула 12 мм, Диаскинтест – папула 10 мм.

Исследование мокроты на МБТ микроскопически – отр.

Посев методом ВАСТЕС - рост МБТ, устойчивых к рифампицину и изониазиду.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Обоснуйте диагноз.
 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
 4. Какие необходимые профилактические мероприятия не были проведены данному больному?
 5. Какие особенности будет иметь специфическая химиотерапия у данного больного?
- Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 15

Больной 20 лет, студент, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C.

Анамнез: в течение трех месяцев отмечал повышенную утомляемость, слабость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура. Год назад имел контакт с родственником, больным туберкулезом с МБТ (+).

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД – 30 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого легкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

R-Манту с 2 ТЕ: папула 17 мм. Диаскинтест - папула 15 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затенение нижних отделов левого легочного поля и реберно-диафрагмального синуса. Затенение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь.



Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие лабораторные данные исследования плевральной жидкости будут в пользу туберкулезной этиологии плеврита у этого больного?

5. Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале.

Ситуационная задача 16

Больной К. 17 лет жалуется на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру. Анамнез: обследован по поводу контакта с больным туберкулезом родственником.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15 мм.

Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест) – 10 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – тень корня левого легкого расширена, деформирована, наружный контур размытый, неровный, в верхней доле левого легкого определяется фокусная тень 1,5×2,5 см в диаметре, средней интенсивности, однородная, с размытыми контурами.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими неспецифическими заболеваниями легких следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 17

Больной 42 лет в течение последних 1,5 лет отмечает непостоянную температуру (до 37,2°C) по вечерам, кашель с мокротой до 10-15 мл в сутки, слабость. К врачам не обращался, пытался лечиться домашними средствами без эффекта. Постепенно самочувствие и состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, увеличилось количество мокроты, появился кашель с прожилками крови. Обратился в поликлинику, где при обследовании на флюорограмме органов грудной клетки впервые выявлены изменения в легких.

Направлен в противотуберкулезный диспансер, где при обследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа и слева по всей поверхности легких определяются многочисленные очаговые тени разной интенсивности и величины, местами сливающиеся в крупные фокусные тени с участки просветления, корни легких неструктурные; в нижних отделах легких легочный рисунок усилен; купола диафрагмы не изменены.

Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная.

Реакция с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Даскинтест) - папула 8 мм.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 18

Больная Т. 45 лет, изменения в легких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки. В детстве состояла на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу контакта с больной туберкулезом матерью. Стаж курения 25 лет. Жалоб не предъявляет.

Состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При аускультации отмечается жесткое дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам без изменений.

На обзорной флюорограмме органов дыхания в 1-2 сегментах правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются очаговые тени низкой интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 19

Больной М. 31 года заболел остро: внезапно повысилась температура до 39°C, появился озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты гнойного характера, потливость вечернее время, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В течение 2 недель отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы 3 года назад. По скорой помощи поступил в терапевтическое отделение, где на флюорограмме органов грудной клетки отмечается тотальное затемнение правого легкого с полостями распада и очагами отсева в левое легкое. Анализ мокроты по Циль-Нильсену КУМ ++. Переведен в противотуберкулезный стационар.

При поступлении: состоянии средней степени тяжести. Температура до 37,5°C. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Пальпируются увеличенные подмышечные лимфоузлы до 1 см, безболезненные. Перкуторно: справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение легочного звука. Аускультативно: бронхиальное дыхание справа и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ясные ритмичные. Тахикардия. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная. Снижение диуреза.

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель - 0,75; лейкоциты - $11,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 52%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, СОЭ – 54 мм/час.

Люминесцентная микроскопия: КУМ +++.

ПЦР - МБТ комплекс обнаружен.

На обзорной рентгенограмме легких отмечается тотальное затемнение правого легкого средней интенсивности, негетерогенной структуры, содержащей много мелких и средних полостей распада и множественные очаги в нижней доле справа и в верхней доле слева. Смещение органов средостения вправо. Высокое стояние купола диафрагмы.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 20

Больная 40 лет, мигрантка из средней Азии, с подчелюстным и шейным лимфаденитом, получала антибиотики широкого спектра действия и физиотерапевтическое лечение, после чего состояние ухудшилось, увеличились размеры лимфатических узлов, усилились симптомы интоксикации.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. При пальпации лимфатические узлы подвижны, плотно-эластичной консистенции, болезненные. При пальпации и перкуссии органов грудной клетки изменений не выявлено. При аускультации: везикулярное дыхание по всей поверхности легких, хрипов нет. По остальным органам и системам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты - $9,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 41%, моноциты - 12%, СОЭ - 27 мм/час.

Микроскопия мокроты по ЦильНильсену: КУМ отрицательный.

Проба Манту с 2ТЕ - папула 20 мм.

Диаскинтест - папула 20 мм.

Направлен в противотуберкулезный диспансер, при обследовании: УЗИ увеличение подчелюстных, шейных лимфоузлов до 3 см.

Люминесцентная микроскопия материала из лимфоузла после пункции: КУМ +.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Ситуационная задача 21

Больная Ю. 30 лет поступила в противотуберкулезный стационар с жалобами на кашель, слабость. С января отмечает небольшое недомогание, слабость, потливость, повышением температуры до $37,3-37,5^{\circ}\text{C}$.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела - $37,2^{\circ}\text{C}$. Астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не изменены. Грудная клетка цилиндрическая. Перкуторный звук над всеми отделами легочный. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание в верхней доле левого легкого, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс - 72 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. По остальным органам и системам патологии не выявлено.

В мокроте методом бактериоскопии и посевом МБТ обнаружены.

Анализ мочи без патологии.

Рентгенологически в левом легком на уровне II-III ребер округлая, с нечеткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером $3,0 \times 3,5$ см с участком просветления в центре и дорожкой к корню.

Реакция Манту с 2 ТЕ - папула 10 мм. Диаскинтест - 10 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте схему лечения для данного заболевания.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 22

Больной П. 36 лет доставлен в областную туберкулезную больницу бригадой скорой медицинской помощи с приема в районном противотуберкулезном диспансере, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: появление упорного, надсадного кашля,

выделение обильной гнойной мокроты с прожилками темной крови, общая слабость, потеря 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°C.

История жизни. Родился в сельской местности в Грузии. Рос и развивался нормально. Женат. Имеет 5 детей. Материальные и жилищные условия жизни удовлетворительные. Работает водителем-дальнобойщиком. Наличие хронических заболеваний отрицает. В детстве болел ветряной оспой, краснухой.

История заболевания. 1,5 года назад обратился с жалобами по поводу слабости и кашля с мокротой в здравпункт. При ФЛГ были выявлены изменения в верхней доле правого легкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где по результатам дообследования был установлен диагноз «Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада МБТ (+)». В течение 3 месяцев лечился по 1 РХТ: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. В результате лечения достигнута положительная динамика в виде стойкого абацилирования, рассасывания инфильтративных изменений в верхней доле правого легкого, закрытия полости распада. Переведен на фазу продолжения по РХТ 1 Рифампицином и Изониазидом в условиях противотуберкулезного диспансера. По данным диспансера лечение не соблюдал, препараты принимал беспорядочно, на обследования не являлся, работал по профессии.

Настоящий статус. Общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания (рост - 181 кг, вес - 60 кг). Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышцы, суставы, костная система не изменены. Отеков нет. Температура тела - 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая ее половина отстает при дыхании. Над правым верхним легочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД в покое - 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Обследование органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы патологии не выявило. Температура тела у больного нормальная.

Лабораторные и инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин - 138 г/л; эритроциты - $4,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты - 11×10^9 /л, лимфоциты - 7% эозинофилы - 2% СОЭ - 50 мм/час.

Мокрота слизисто-гнойная, эритроциты, методом ЛЮМ-микроскопии выявлены КУМ 3+.

Моча соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1015, белка нет, глюкозы нет, в осадке - 1-2 лейкоцита в поле зрения.

На ЭКГ: синусовая тахикардия - 102 в минуту, вертикальное положение ЭОС, R-pulmonale во II, III, aVF.

Рентгеновское исследование. Легочный рисунок обогащен и деформирован. В правом верхнем легочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню легкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа. Слева в нижней доле группа мягких очаговых теней.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте осложнения основного заболевания.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Назначьте схему лечения с учетом осложнений заболевания.

Ситуационная задача 23

Больной Ю. 28 лет. Заболел остро с подъема температуры тела до 38°C. Жалуется на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость. В течение двух месяцев отмечает нарастание слабости, снижение аппетита, покашливание.

При обследовании в стационарных условиях кожные покровы обычной окраски и влажности. Аускультативно: везикулярное дыхание, в нижних отделах правого легкого выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: притупление легочного звука в области нижней доли правого легкого.

Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого легкого с нечеткими контурами, неомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. В окружающей легочной ткани имеются множественные очаги бронхогенного обсеменения.

Туберкулиновая проба: реакция Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм.

Методом люминесцентной микроскопии КУМ в мокроте не найдены.

Больному была произведена диагностическая фибробронхоскопия: слева – бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве. Слизистая умеренно гиперемирована. В промывных водах бронхов методом посева обнаружены МБТ.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Обоснуйте факт бактериовыделения в данном случае.
5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

Ситуационная задача 24

Больной Ш. 33 лет при поступлении в стационар жаловался на повышение температуры тела до 38,5°C, резкую слабость, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. Ранее туберкулезом не болел. Контакты с туберкулезными больными имел в местах лишения свободы. После освобождения в течение года отмечал нарастание слабости, стал терять в весе.

При осмотре состояние тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Перкуторно: притупление легочного звука над правыми отделами грудной клетки. Аускультативно: справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы.

Рентгено-томографически: в правом легком определяется субтотальная инфильтрация легочной ткани средней и высокой интенсивности, крупные каверны в S6 и S2, множество средних и мелких каверн с инфильтрированной стенкой по всему правому легкому, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого легкого.

В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие рентгенологические изменения характерны для данного заболевания?
5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

Ситуационная задача 25

Больной К. 34 лет. Заболел остро с подъема температуры тела до 37,5°C. Жалуется на потливость, кашель с мокротой серозного характера, слабость, недомогание, похудел на 4 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад.

Перкуторно: незначительное притупление легочного звука в верхних отделах. Аускультативно: в верхних отделах – дыхание жесткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное.

Микроскопически в мокроте - КУМ+++.

Рентгенологически: во всех легочных полях определяются очаговые тени размером 5-7 мм в диаметре с размытыми контурами, в верхних отделах очаги имеют тенденцию к слиянию и распаду.

В крови обнаружены маркеры гепатита С.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Сформулируйте прогноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Основной диагноз: «лакунарная ангина».

2. Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия нёбных миндалин и наличие налётов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями. В клиническом анализе крови - картина бактериального воспаления.

3. Развилось осложнение лакунарной ангины - паратонзиллярный абсцесс. Диагноз можно поставить на основании клинической картины: усиление болей в горле и ухудшение состояния пациентки после возникновения лакунарной ангины, появлении носового оттенка голоса, тризма жевательной мускулатуры; данных фарингоскопии - асимметрия мягкого нёба за счет отёка и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.

4. Бактериологическое исследование слизи и плёнок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*). Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин. Анализ мочи. ЭКГ. Клинический анализ крови в динамике. СРБ. РФ. АСЛО.

5. Предварительный диагноз можно поставить, используя шифр J03.9 Острый тонзиллит неуточнённый. После уточнения возбудителя при наличии БГСА- J03.0 Стрептококковый тонзиллит. При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточнёнными возбудителями. Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Грипп, типичное течение, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «грипп» выставлен на основании жалоб больного на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; анамнеза развития заболевания: острое начало болезни с симптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли в области лба и глазных яблок) с последующим присоединением катарального синдрома (сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной); эпидемиологического анамнеза - наличие подобных симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за два дня до болезни, и учитывая сезонность (январь); данных объективного осмотра - лицо одутловатое, несколько гиперемировано; носовое дыхание затруднено; в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы; пульс - 102 удара в минуту, ритмичный, АД - 115 и 80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

Среднетяжелая форма гриппа выставлена на основании повышения температуры тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечные боли) и поражения дыхательной системы (сухой болезненный кашель, заложенность носа, чувство першения и царапанье за грудиной).

3. Для экспресс-диагностики гриппа используется метод ПЦР (с целью выявления РНК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах. При невозможности проведения ПЦР применяют серологические методы (РСК, РНГА) - определение нарастания титра антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

4. Для лечения гриппа в первую очередь рекомендуются средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К

данным препаратам относятся селективные ингибиторы вирусной нейраминидазы - Осельтамивир и Занамивир, ингибиторы репродукции вирусов гриппа: Умифеновир (Арбидол), Ингавирин.

Рекомендуется назначение одного из препаратов: Осельтамивир по 75 мг два раза в день в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней, или Ингавирин 90 мг/сутки однократно 5 дней. Возможно их сочетание с препаратами Интерферона и индукторами интерфероногенеза: Анаферон, Эргоферон - перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь - интраназально, Виферон - ректально.

5. Вакцинации против гриппа в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет;
- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек;
- беременные;
- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;
- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка);
- школьники;
- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- воинские контингенты.

К современным вакцинам относят сплит-вакцины (расщеплённые), содержащие частицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу) и максимально очищенные от балластных белков.

Сплит - вакцины: Бегривак, Ваксигрип, Флюарикс, Ультрикс.

Субъединичные вакцины: Инфлювак, Агрипшал, Инфлексал, Гриппол, Гриппол плюс, Совигрипп.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара.

2. Диагноз «вирусный гепатит А» (ВГА) установлен на основании жалоб больного на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер; данных анамнеза болезни (циклическое течение заболевания - наличие преджелтушного периода в течение 6 дней, затем появление желтухи); эпидемиологического анамнеза (проживает в студенческом общежитии, питается в столовой); объективного осмотра (желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия, моча тёмного цвета, кал ахоличен).

Форма течения ВГА установлена на основании наличия желтухи.

Установление степени тяжести ВГА основано на уровне билирубина (билирубин общий - 160 ммоль/л, прямой - 102 ммоль/л, непрямой - 58 ммоль/л) и протромбинового индекса - 60%.

3. Пациенту рекомендовано: определение маркеров ВГА, ВГВ, ВГС в крови (анти-НАV IgM, HBsAg, анти-HBcog IgM, анти-HCV); ПЦР-диагностика (определение РНК вируса ВГА); ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и селезёнки; проведение исследования крови на холестерин, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТП), фибриноген, общий белок и белковые фракции.

4. Вариант диеты с механическим и химическим щажением, постельный режим, обильное питьё.

С целью дезинтоксикации назначают 500 мл 5% раствора Глюкозы внутривенно капельно, Пиридоксин 600 мг внутривенно капельно на 500 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5 дней, затем Пиридоксин по 0,5 2 раза в день общим курсом до 21 дня.

С метаболической целью вводят 10 мл 2% раствора Рибоксина на 400 мл 5% раствора Глюкозы.

Поливитаминовые препараты - Аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, Аскорутин 0,1 3 раза в день.

5. Неспецифическая профилактика ВГА включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и продуктами питания.

Вакцинация против ВГА проводится по эпидемическим показаниям. Прививкам подлежат:

- дети с трёх лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА;
- медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений;
- работники сферы общественного питания;
- рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения;
- лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГА регионы и страны, а также контактные в очагах ВГА.

Вакцинация против ВГА показана также пациентам с хроническими заболеваниями печени, воинским коллективам в полевых условиях.

Лица, контактировавшие с больными ВГА, должны находиться под наблюдением в течение 35 дней с момента последнего контакта (термометрия, опрос, определение размеров печени и селезёнки, осмотр кожи и слизистых оболочек и т. д.). При наличии у контактных лиц лихорадки, диспепсических явлений, потемнения мочи и т. д. проводят лабораторные исследования с определением активности АлТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Менингококковая инфекция, менингококкемия, гнойный менингит, тяжёлое течение, разгар заболевания.

2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: 1) интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени); 2) менингеальный синдром - признаки гнойного менингита (головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гипераккузия); положительный симптом Кернига и ригидность затылочных мышц; ликворологические данные (повышение цитоза до 15400 кл в мл, нейтрофильный характер клеточного состава, указывающий на гнойный характер воспаления (99% нейтрофилов), и повышение содержания белка в спинномозговой жидкости); 3) менингококкемия (выраженная интоксикация и геморрагическая сыпь на коже в виде звездчатых элементов сине-фиолетового цвета и петехий).

3. Пациенту рекомендовано: ликворограмма, соответствующая гнойному менингиту. Бактериологическое исследование: посев крови, ликвора, слизи из носоглотки на среды для выделения менингококка. Серологическое исследование - метод РНГА в парных сыворотках.

4. Этиотропная терапия: пенициллин в высоких дозах (40-60 млн. ЕД в сутки) в/в и в/м, в случае развития инфекционно-токсического шока лечение начинают с Левомецитина сукцината в суточной дозе 6,0 г. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом кристаллоидными растворами (5% раствор Глюкозы, раствор Рингера, другие солевые растворы), а также коллоидными растворами (Реополиглюкин, Реамберин, Желатиноль, Декстран), одноклассная плазма, 5% Альбумин. Глюкокортикостероиды. Осмодиуретики.

5. Продолжение диспансерного наблюдения до 2 лет у врача-невропатолога по месту жительства. Назначение общеукрепляющей и витаминотерапии. Повторение бак. посева из ротоглотки и носа через 3 месяца. Рекомендовать избегать переохлаждения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

1. Грипп, средней тяжести, период разгара.
2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром интоксикации.
3. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы: РСК, РТГА с эритроцитарным диагностикумом в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня).
4. Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питьё. Этиотропная терапия: в первые 3 дня болезни целесообразно применять Ремантадин, Арбидол. Показано использование противогриппозного и нормального человеческого иммуноглобулина по 3-6 мл внутримышечно однократно. Антибактериальная терапия оправдана только при наличии бактериальных осложнений. Патогенетическая и симптоматическая терапия: при гиперпирексии показаны жаропонижающие средства, Антигриппин, Аскорбиновая кислота, препараты кальция, десенсибилизирующие средства. Для уменьшения отделяемого из носа - капли Нафтизина, Галазолина. Щелочные ингаляции. Противокашлевые средства. В более поздний период (присоединение экссудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства.
5. Рекомендовать избегать переохлаждений. Закаливание организма.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.
Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.
2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.
3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.
4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.
5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями).
Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.
В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют.
Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

1. Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжёлая форма.
Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболело ещё несколько учащихся; данных осмотра: улучшение самочувствия с появлением

желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налётом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезёнка не прощупывается; моча цвета пива, кал ахоличен.

2. В желтушный период необходима дифференциальная диагностика с желтушными формами инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулёза, желтухами гемолитического, токсического генеза.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, а-фетопротеин, антинуклеарный фактор). Исследование сыворотки крови методом ИФА для выявления маркера острого вирусного гепатита А - анти-HAV IgM.

4. Больной подлежит госпитализации в стационар.

Назначают постельный режим. Диета стол № 5 (по Певзнеру).

Объём жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели) составляет 2 - 3 л/сут.

Для дезинтоксикационной терапии - глюкозо-солевые растворы.

Витаминотерапия (витамины групп В и С).

В период ранней реконвалесценции применяют Метилурацил, Гепатопротекторы.

По показаниям в фазе угасания желтухи (восстановления оттока желчи) используют желчегонные препараты.

5. Направление в инфекционную больницу.

Извещение в ГЦСЭН.

Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

В очагах проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами, вещи больных подвергаются камерной дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

1. Эритематозная рожа лица, средней степени тяжести, первичная.

2. Диагноз установлен на основании жалоб на высокую температуру, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки; данных осмотра: в области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, на месте гиперемии имеется отёк ткани, умеренно-выраженная болезненность при пальпации очага.

3. Эритемы, дерматиты, в том числе аллергические, экзему, абсцессы, флегмоны, тромбозы поверхностных вен, эризипеллоид.

4. При выраженных изменениях на коже диагноз рожи устанавливается на основании острого начала заболевания с явлениями интоксикации, яркой отграниченной гиперемии, отёка и других характерных изменений в области поражённого участка кожи.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови.

5. В условиях стационара пенициллин 1млн ЕД в/м 6 раз в сутки в течение 10 дней. Патогенетическая терапия.

Направление в инфекционную больницу, экстренное извещение в ГЦСЭН.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

1. Брюшной тиф, средней степени тяжести.

2. Фебрильная лихорадка, синдром интоксикации (головная боль, адинамия, слабость, бессонница), симптомы поражения ЖКТ (снижение аппетита, метеоризм, запор, характерный налёт на языке), со стороны сердечно-сосудистой системы - относительная брадикардия, глухость тонов, гипотония; гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезёнки) позволяют заподозрить брюшной тиф.

3. Пациенту рекомендовано: 1. клинический анализ крови: у больных брюшным тифом изменения гемограммы характеризуются лейкопенией, анэозинофилией, относительным лимфоцитозом и умеренным повышением СОЭ. 2. бактериологическая диагностика: гемокультура, копрокультура, уринокультура - с целью выделения культуры возбудителя. 3. экспресс-диагностика: реакция ко-агглютинации, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РИФ - выявление брюшнотифозного О-Аг в испражнениях или сыворотке крови. 4. серологическая диагностика: РНГА в парных сыворотках на 2-4 неделе болезни - подтверждение диагноза при диагностическом титре 1:40 и выше с ростом титра в 4 раза и более в динамике.

4. Фторхинолоны или цефалоспорины 3 поколения в настоящее время считаются антибиотиками выбора с учётом чувствительности возбудителя в современных условиях.

5. Перфорация тонкой кишки; кишечное кровотечение, инфекционно-токсический шок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.

2. Молодой возраст, острое начало по гриппоподобному варианту, преджелтушный период в течение 7 дней с фебрильной лихорадкой и умеренной интоксикацией, клинические синдромы желтушного периода: желтуха, умеренные брадикардия и гипотония, гепатолиенальный и холестатический синдром наряду с данными эпиданамнеза о возможном контакте с больными желтухой позволяют поставить предварительный диагноз «острый вирусный гепатит А».

3. 1) Синдром желтухи: желтушность кожи и слизистых, билирубинурия, ахолия кала как проявления экскреторно-билиарного синдрома.

2) Холестатический синдром: кожный зуд как проявления холацидемического синдрома.

3) Гепатолиенальный синдром: гепатомегалия как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

4. 1) Синдром желтухи как проявления экскреторно-билиарного синдрома.

2) Холестатический синдром как проявление холацидемического синдрома.

3) Гепатолиенальный синдром как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома.

5. 1) Клинический анализ крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз и замедление СОЭ). 2) Биохимический анализ крови: уровень общего и прямого (связанного) билирубина - гипербилирубинемия за счет связанной фракции; АлАТ, АсАТ - гиперферментемия; ЩФ, ГГТП - повышение показателей при холестазах; протеинограмма - гипоальбуминемия. 3) Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: ГА-anti-НАVIgMiГВ - HbsAg ГС - anti-HCV.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

1. На основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (за 2 недели до заболевания был в лесу и удалял клеща), данных клинического обследования (округлое яркорозовое образование в области спины без каких-либо субъективных ощущений, умеренно выраженный синдром интоксикации), можно поставить диагноз «острая боррелиозная инфекция, эритематозная форма, период разгара, лёгкое течение».

2. Возбудитель - боррелия, грамотрицательная анаэробная бактерия. Имеет нестабильную и вариабельную структуру, что позволяет ей длительно персистировать в организме. Резервуар и переносчик инфекции - иксодовые клещи. Сезонность заболевания - весенне-летняя. Механизм передачи - трансмиссивный. От человека к человеку заболевание не передаётся.

3. Дифференциальная диагностика клещевого боррелиоза в зависимости от формы заболевания проводится с клещевым энцефалитом, серозными менингитами и менингоэнцефалитами с ревматоидным артритом, полирадикулоневритами, дерматологическими заболеваниями (токсикоидермия, укус насекомого) и др.

4. Для этиотропной терапии используются: тетрациклины, пенициллины, цефалоспорины. Дозировки и продолжительность лечения определяются стадией заболевания. В данном случае показано назначение Доксициклина по 0,1 г 2 раза в первые сутки, затем 0,1 раз в сутки 10-14 дней. При осложнении заболевания артритами, невритами, миокардитом - назначается патогенетическое лечение.

5. Специфической профилактики при клещевом боррелиозе нет. Неспецифическая профилактика - использование репеллентов и защитной одежды. Экстренная профилактика проводится в случае присасывания заражённого боррелиями клеща. Используют Доксициклин по 0,1 г один раз в сутки в течение 5 дней. Можно использовать Амоксилав в течение 5 дней, Азитромицин 3 дня, Экстенциллин, Бензатинбензилпенициллин - однократно в/м.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, подострое течение, эритемная форма, с преимущественным поражением суставов.

2. Диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз» установлен на основании жалоб больной на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра; эпиданамнеза - возникновение эритемы через 12 дней после присасывания в этой области клеща; объективных данных: выявление типичной кольцевидной мигрирующей эритемы (КМЭ) - участка гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре с интенсивно красными и поднимающимися над неповреждённой кожей краями, с более бледным центром, безболезненной, без местного повышения температуры (патогномичный симптом). При наличии КМЭ выставляется эритемная форма заболевания. На основании клиники можно говорить о подостром течении инфекции, так как у больной через три месяца КМЭ появилась на коже правого плеча. Место не связано с укусом клеща, что говорит о гематогенной диссеминации возбудителя. Учитывая наличие жалоб на боли в левом тазобедренном суставе и отсутствие поражений других органов, можно говорить о преимущественном поражении суставов.

3. При проведении диагностики большое значение имеет выяснение эпидемиологического анамнеза (посещение лесных массивов, парковых зон, факт укуса клещей) и ранних клинических проявлений (наличие кольцевой мигрирующей эритемы - патогномичный синдром, возможно гриппоподобного синдрома). В зависимости от стадии клещевого боррелиоза для выявления возбудителя в биологических средах (сыворотке крови, синовиальной жидкости, ликворе, биоптатах кожи) используются микроскопия, для выявления РНК возбудителя проводится ПЦР-исследование, для определения специфических антител - серологические реакции (ИФА или РИФ). У данного пациента предпочтительным является определение антител в крови (антитела появляются через 3-6 недель от начала заболевания), в синовиальной жидкости. С целью оценки тяжести органоспецифических поражений может выполняться рентгенография суставов, диагностическая пункция суставов, ЭКГ, ЭЭГ.

4. При наличии у пациентов с эритемой признаков поражения суставов и других органов показаны Пенициллин или Цефалоспорины II и III поколения с внутримышечным или внутривенным введением препаратов. Назначать препараты тетрациклинового ряда и полусинтетические пенициллины нецелесообразно, так как у некоторых больных после проведённого курса этими антибиотиками возникают рецидивы, поздние осложнения, а болезнь приобретает латентное или хроническое течение. Препаратом выбора является Цефтриаксон, который назначается 1 раз в день в суточной дозе 2,0 г на протяжении 14-20 дней.

5. С целью предупреждения инфицирования клещевым боррелиозом при посещении лесов, лугов необходимо надевать защитную одежду, использовать репелленты, после

прогулки внимательно осмотреть кожные покровы на предмет возможного внедрения кровососущего насекомого. При обнаружении клеща его необходимо удалить самостоятельно либо обратиться в ближайший травмпункт. Извлечённый клещ должен быть доставлен в санитарно-эпидемиологическую лабораторию для проведения экспресс-теста на боррелии методом темнопольной микроскопии, ПЦР. При выявлении боррелий в присосавшемся клеще показана экстренная химиопрофилактика (не позже 5 дня с момента присасывания). Возможно использование следующих препаратов: Доксициклин - 0,1 г 1 раз в день (5-10 дней), Бициллин-3 - 1,2 млн ЕД в/м однократно, Ретарпен - 2,4 млн ЕД в/м однократно, Амоксиклав - 0,375 г 3 раза в день детям и 0,625 г 3 раза в сутки взрослым (5 дней), Цефиксим (Супракс) - 0,4 г 1 раз в сутки в 6 дней. Детям до 12 лет назначается по 8 мг/(кг/сут) в 1 или 2 приёма на протяжении 6 дней, Сумамед по схеме: 1,0 г в один приём внутрь в первый день и по 0,5 г 1 раз в сутки в последующие 4 дня. Необходимо контрольное клиничко-лабораторное обследование пациента через 1-3 месяца после проведённого курса для исключения инфицирования боррелиозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

1. Фолликулярная ангина.

Диагноз поставлен на основании:

жалоб (повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании);

анамнеза (острое начало заболевания с лихорадкой, симптомами интоксикации и местными симптомами - боли в горле при глотании);

данных объективного исследования (поражение глоточных миндалин: гиперемия, отёчность (больше справа), множественные гнойные фолликулы; местная лимфаденопатия: подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями).

2. Дифтерия. Отличием дифтерии от ангины является наличие на миндалинах налёта, плотно прилегающего к тканям и трудно снимающегося шпателем. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазков, взятых с миндалин.

Инфекционный мононуклеоз. При этом заболевании характерно наличие атипичных мононуклеаров в крови, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии.

3. 1) Местная терапия: промывание миндалин, орошение ротоглотки антисептиками (например, Гексетидин по 1 впрыскиванию утром и на ночь после еды), частое полоскание горла антисептиками (например, Хлоргексидином).

2) Системное лечение:

антибиотики широкого спектра:

1. первый ряд - ингибиторзащищенные пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения, например, Амоксициллин/Клавуланат 875/125 мг 2 раза в день внутрь;

2. второй ряд - макролиды 2 или 3 поколения, например, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь;

- жаропонижающие при температуре тела > 38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в 6 часов).

4. - Общий анализ крови (оценка воспалительной реакции, дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, с ангиной на фоне заболеваний крови);

- общий анализ мочи (для выявления такого осложнения ангины как гломерулонефрит);

- бактериологическое исследование мазка миндалин (для выделения возбудителя ангины и дифференциальной диагностики с дифтерией).

5. Основной: иммунный (гаптенный) агранулоцитоз, ассоциированный с приёмом Диклофенака.

Осложнения: фолликулярная ангина.

Сопутствующий: первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава.

Больной требуется госпитализация в гематологическое отделение стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

1. Острый описторхоз, гепатохолангитический вариант, средней степени тяжести.

2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: появление пациента впервые в зоне эндемичной для описторхоза; употребление в пищу рыбы из реки, неблагополучной по описторхозу (Обь и ее притоки); появление признаков болезни через 2 недели после путешествия, свидетельствующих о поражении печени: боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, диспептические явления, желтуха с потемнением мочи, субфебрилитет, увеличение печени и признаков поражения кожи, вероятнее всего аллергической природы; наличие эозинофилии в общем анализе крови (аллергия), повышение альфа₂ глобулина (острое воспаление), признаки холестаза (повышение ЩФ, холестерина, прямого билирубина); полосовидная гиперемия в желудке и ДПК при ФЭГДС, которая может быть обусловлена миграцией личинок и поверхностным повреждением крючьями и присосками. Все это свидетельствует в пользу паразитарного поражения. Отсутствие паразитов в копрограмме обусловлено тем, что яйца описторхов появляются только на 4 неделе от заражения (сроки созревания личинки, когда паразит начинает выделять яйца).

3. Дополнительные обследования: повторное исследование кала на паразиты (обнаружение яиц гельминтов возможно с 4 недели заболевания), при повторном отсутствии яиц описторхов – кал на описторхоз с обогащением. Дуоденальное зондирование с 4 недели от начала заболевания. Обнаружение паразита является самым достоверным в диагностике заболевания. В тех случаях, когда паразит не обнаруживается при повторных исследованиях, рекомендуется провокация Празиквантелом 600 мг однократно. Иммунологические методы обнаружения описторхоза недостаточно специфичны (возможна перекрестная иммунизация), титр выше 1:400 свидетельствует о вероятности описторхоза, однако подтвердить описторхоз следует достоверными методами (обнаружение непосредственно паразита).

4. При достоверном диагнозе (обнаружение паразита) лечение Празиквантелом (Бильтрицид) из расчета 60 мг/кг массы тела. Празиквантел – антигельминтное средство, действующее на двуустку. Вызывает спазм мышц и последующий паралич у паразита, что ведет к его гибели. Учитывая побочные действия со стороны пищеварительной, нервной систем, аллергические проявления за 2 дня до дачи препарата проводится дезинтоксикационная терапия глюкозой с Витамином С, Ремаксолом, Гемодезом. Суточная доза Празиквантела, рассчитанная по массе тела больного (600 мг на 10 кг) разделяется на 3-4 приема, дезинтоксикационная терапия продолжается в день приема и еще 2-3 дня после. Затем назначаются спазмолитики (Мебеверин, Но-шпа внутрь на длительное время для расслабления внутрипеченочных протоков). Также назначаются желчегонные холеретического действия на срок до 3 месяцев, поскольку живые обездвиженные паразиты продолжают выходить в течение этого срока. Через 3 месяца проводится контрольное исследование кала или дуоденального содержимого на наличие описторхов. Целесообразно назначение Урсофалька, Урсосана 10-15 мг/кг массы тела: эти препараты являются основными в лечении холестаза, они способствуют лучшему отхождению паразитов из протоков.

5. Противоэпидемические мероприятия занимают важнейшее место в системе профилактики описторхоза и направлены на уничтожение возбудителя и на выключение факторов его передачи. Уничтожение возбудителя производится главным образом путем лечения инвазированных лиц. Выключение начальных факторов передачи описторхисов осуществляется поддержанием высокого уровня санитарного состояния водоемов. Выключение промежуточных факторов подразумевает уничтожение моллюсков - битиний. Выключение окончательных факторов передачи - неупотребление в пищу инвазированной рыбы (исключение из пищевого рациона сырой рыбы, приготовленной любым способом, кроме тщательной термической обработки).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

1. Основной диагноз: «лакунарная ангина».

2. Диагноз «лакунарная ангина» поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия небных миндалин и наличие налетов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями. В клиническом анализе крови - картина бактериального воспаления.

3. Развилось осложнение лакунарной ангины – паратонзиллярный абсцесс. Диагноз можно поставить на основании клинической картины: усиление болей в горле и ухудшение состояния пациентки после возникновения лакунарной ангины, появлении носового оттенка голоса, тризма жевательной мускулатуры; данных фарингоскопии - асимметрия мягкого неба за счет отека и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.

4. 1) Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*). 2) Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин. 3) Анализ мочи. 4) ЭКГ. 5) Клинический анализ крови в динамике. 6) СРБ. 7) РФ. 8) АСЛО.

5. Предварительный диагноз можно поставить, используя шифр J03.9 Острый тонзиллит неуточненный. После уточнения возбудителя при наличии БГСА- J03.0 Стрептококковый тонзиллит. При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями. Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

1. Грипп, среднетяжелая форма.

2. Диагноз «грипп, среднетяжелая форма» установлен на основании жалоб больной на интенсивную головную боль с характерной локализацией в глазных яблоках, миалгии, лихорадку; на основании объективных данных: застойная (с цианотичным оттенком) гиперемия зева, тахикардия, тенденция к гипотонии. Преобладания интоксикационных проявлений над катаральными является характерным для гриппа. Среднетяжелая форма установлена на основании наличия высокой (39°C) лихорадки и гипотонии.

3. Для верификации диагноза «грипп» необходимо назначить лабораторное обследование: ПЦР для определения РНК вирусов гриппа в носоглоточном отделяемом. Назначаются общие клинические анализы крови и мочи. Рентгенологическое исследование легких, определение сатурации кислорода.

4. Противовирусные препараты прямого противогриппозного действия: ингибиторы нейраминидазы и ингибиторы гемагглютинина вирусов гриппа.

5. Быстрое купирование лихорадки и предупреждение осложнений гриппа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

1. У больного имеется синдром инфекционной интоксикации, атралгический синдром (боли в суставах), диспепсический синдром (снижение аппетита, легкая тошнота); холестатический синдром (желтушность кожи и склер, темная моча, ахоличный стул); гепатоспленомегалия. Учитывая данные эпиданамнеза (наличие инъекции в период, по срокам укладывающийся в инкубационный), можно предположить у больного острый вирусный гепатит, с парантеральным механизмом передачи (В или С), желтушная форма, период разгара, среднетяжелое течение.

2. Вирус гепатита В (HBV) относится к ДНК-вирусам. Вирус гепатита В высокоустойчив во внешней среде. При температуре -20°C может сохраняться годами. Инактивируется только при высоких температурах при автоклавировании в течение 30 минут и при сухожаровой стерилизации (160°C) в течение часа. При обработке 3-5% раствором хлорамина погибает через 60 минут, а 3-5% раствор фенола инактивирует вирус в течение суток. Вирус гепатита С (HCV) является РНК вирусом, покрытым оболочкой, размерами 50-60 нм в диаметре. Генетическая вариабельность HCV затрудняет выработку эффективного иммунного ответа, осложняет серологическую диагностику, создает проблемы в создании вакцины. Вирус С инактивируется при температуре +60°C в течение 30 минут, при 100°C - за 2 минуты. Источником инфекции является человек. Механизм заражения - парантеральный, реализуется половым путем, при медицинских и немедицинских

манипуляциях, вертикальным путем. 3. Общеклинические показатели: нормопения, лимфоцитоз, иногда тромбоцитопения, уробилинурия, наличие желчных пигментов в моче, отсутствие стеркобилина в кале (при желтушных формах). Цитолитический синдром (АЛТ, АСТ); холестатический синдром (билирубин, ЩФ, ГГТП); мезенхимально-воспалительный (диспротеинемия).

3. Специфическая диагностика (этиологическая верификация), выявление серологических маркеров вирусов: методом ИФА определяются - HBsAg, HBcorAB, HCVAB и ДНК HBV и РНК HCV методом ПЦР.

4. Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи (А, Е), лептоспироз, псевдотуберкулез, иерсиниоз, инфекционный мононуклеоз, желчнокаменная болезнь, гемолитические и другие надпеченочные желтухи.

5. Больному острым вирусным гепатитом в период стационарного лечения назначается стол № 5. Рекомендуются обильное питье (до 2,5-3 литров в сутки) в виде сладкого чая, фруктовых соков, компотов, морса, щелочной минеральной воды. При улучшении состояния диета постепенно расширяется. После выписки некоторые ограничения в диете сохраняются до 3-6 месяцев. Дезинтоксикационная терапия (глюкозосодержащие растворы); энтеросорбенты (МКЦ, Уголь активированный, Энтеросгель, Полифепан); холеретики и холекинетики (Одестон, Хофитол); спазмолитики (Но-шпа, Папаверин); средства, влияющие на обмен веществ в печени (Милдронат, Гептрал); антиоксиданты и гепатопротекторы (Аскорбиновая кислота, Витамин Е); витаминотерапия; антибиотики, противомикробные средства (Трихопол, Метронидазол, Циплокс). При наличии признаков хронизации гепатита В и при гепатите С показана противовирусная терапия в комбинации с препаратами Интерферона.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

1. У больного катаральный синдром, синдром инфекционной интоксикации, ринофарингит. Можем предположить ОРВИ (аденовирусная инфекция, ринофарингит), период разгара, легкое течение.

2. ДНК-вирусы семейства Adenoviridae. Аденовирусы вызывают у детей и взрослых поражение кишечника и верхних дыхательных путей. Возможны генерализованные формы. Вирус нестойк в окружающей среде. Путь передачи возбудителя - воздушнокапельный. Источником является человек. Заболевание характеризуется сезонностью.

3. Гемограмма при аденовирусных инфекциях не характерна. Обнаружение вируса производят при помощи ПЦР отделяемого верхних дыхательных путей, мазков из носа. РТГА и РН применяют для ретроспективной диагностики.

4. Грипп (ведущий синдром - трахеит); риновирусная инфекция (ринит); парагрипп (ларингит), респираторно-сентициальная инфекция (бронхиолит), менингококковый назофарингит.

5. Препараты Интерферона. Индукторы Интерферона (Циклоферон, Анаферон). Иммуномодуляторы для местного применения в виде аэрозолей (ИРС-19). НПВС. Антигистаминные препараты. Местная обработка - полоскание горла Фурацилином, ромашкой, обработка спреями с а/б. Антибактериальная терапия назначается при присоединении вторичной инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

1. Диагноз «острый катаральный фарингит».

2. Диагноз «острый фарингит» поставлен на основании данных анамнеза (накануне больная съела большое количества мороженого, что является предрасполагающим фактором заболевания, жалоб на першение и жжение в глотке); объективных данных (яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация, другие ЛОР-органы без патологических изменений), изменений анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг увеличения палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов.

3. Лечение. 1) Местное лечение: полоскание антисептическими растворами (Фурацилин, Мирамистин, Хлорофиллипт), пульверизация глотки аэрозолями (Гексорал,

Каметон, Ингалипт, Йокс), таблетки для рассасывания с антибактериальными препаратами, антисептическими, обезболивающими. 2) Диета щадящая, исключить острое, копченое, соленое, кислое.

4. Возбудители: вирусные (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа); бактериальная инфекция (*Haemophilus influenzae*, золотистый стафилококк, стрептококки группы А, С, G и др.) Предрасполагающие факторы: общее и местное переохлаждение, хроническая патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, общие инфекционные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, заболевания ЖКТ (ГЭРБ, гастрит с повышенной кислотностью).

5. Пациентка трудоспособна. В больничном листе не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

1. Диагноз «острая катаральная ангина».

2. Диагноз «острая катаральная ангина» поставлен на основании данных анамнеза (больной связывает начало заболевания с переохлаждением, что является предрасполагающим фактором заболевания); жалоб на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5°C, общее недомогание; объективных данных - в зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз.

3. Лечение: 1) Местное лечение: полоскания горла (Фурацилин, Мирамистин, раствор соды), сублингвальные таблетки (Фарингосепт, Гримицидин и т. д.), ингаляции антисептиков (Гексорал, Каметон). 2) Общее лечение: антибиотики группы пенициллинов (Амоксициллин, Амоксициллин/Клавулановая кислота, при непереносимости – макролиды: Азитромицин, Кларитромицин, препараты выбора - Цефалоспорины, респираторные фторхинолоны), антигистаминные препараты (Супрастин, Тавегил, Кларитин и т. д.). Назначают НПВС (Парацетамол, Панадол и др.), обладающие жаропонижающим и анальгезирующим действием.

4. Амбулаторное лечение с изоляцией больного, в тяжелых случаях показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо соблюдать строгий постельный режим в первые дни заболевания, затем переход на домашний режим с ограничением физических нагрузок. Больному выделяют отдельную посуду. Назначают нераздражающую, мягкую пищу, преимущественно растительно-молочную, витамины, обильное теплое питье. Дети к больному не допускаются.

5. В большинстве случаев основным возбудителем ангин является бета-гемолитический стрептококк группы А.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

1. Диагноз «фолликулярная ангина».

2. Диагноз «фолликулярная ангина» поставлен на основании жалоб: сильные головные боли, боли при глотании, иррадирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице., повышение температуры тела до 39-40°C, объективных данных - регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов.

3. 1) Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*). 2) Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин. 3) Анализ мочи. 4) ЭКГ. 5) Клинический анализ крови в динамике. 6) СРБ. 7) РФ. 8) АСЛО.

4. 1) Местные осложнения: паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальный абсцесс. 2) Общие: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.

5. Рекомендован постельный режим 7-8 дней. срок нетрудоспособности при ангине в среднем равен 10-12 дням.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ ПО ФТИЗИАТРИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1.

2. Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.

3. Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера - трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких.

4. Правосторонняя пневмония, осложнённая экссудативным парапневмоническим плевритом; инфильтративный туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом; очаговый туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом.

5. При отсутствии изменений в лёгких, лимфоцитарном составе экссудата, а также при наличии изменений в лёгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать фтизиатра на консультацию для решения вопроса о диагнозе и переводе пациента в противотуберкулёзный стационар.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I А группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2.

2. 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, постепенное развитие заболевания - 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, во время приступа кашля большой почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения; объективно справа сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева - в верхних отделах укорочение лёгочного звука, в межлопаточной области перкуторный звук укорочен, выслушиваются единичные влажные хрипы. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. Справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон - полости распада 1-2,5 см в диаметре.

3. Томография ОГК, посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты с определением чувствительности.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Межрёберная невралгия. Инфаркт миокарда.

5. Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). Туберкулёз кишечника. I А группа ДУ. ДН1-2.

2. Язвенная болезнь желудка в течение 7 лет, постепенное развитие заболевания - 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, фебрилитет, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке; боли в животе, жидкий стул; объективно состояние средней степени тяжести, пониженное питание, паравертебрально в верхних отделах укорочение лёгочного звука. В межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. При пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области. В анализе крови - умеренный лейкоцитоз, п-я сдвиг, лимфопения, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. С обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне 1-2 ребра в обоих лёгких - полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре.

3. Томография ОГК. Посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты. ФГД. Санализ кала на МБТ. R-контрастное исследование кишечника, колоноскопия с биопсией.

4. Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. ЯБЖ. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

5. Консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Пневмония, туберкулёз лёгкого.

2. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения МБТ? 1А группа ДУ.

3. Диагноз поставлен на основании характерных клинических проявлений - наличие признаков туберкулёзной интоксикации и лёгочных симптомов; рентгенологических данных - характерной локализации в верхней доле с очагами обсеменения, характерных умеренных воспалительных сдвигах в общем анализе крови, высокой предрасположенности больных сахарным диабетом к развитию туберкулёза.

4. Туберкулёз протекает малосимптомно.

5. Лечение в стационаре по 1 режиму химиотерапии, поскольку пациент ранее не болел туберкулёзом с коррекцией после получения данных тестов лекарственной чувствительности МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

1. Милиарный туберкулёз лёгких МБТ(-) 1А группа ДУ.

2. У пациента имеется так называемая «отрицательная анергия» как проявление сниженного иммунитета, в результате чего даже инфицированные люди не реагируют на введение туберкулина.

3. Острой пневмонией, в том числе - пневмоцистной этиологии.

4. Заболевание развилось остро и началось с высокой температуры, пневмоцистная пневмония начинается с одышки. Для пневмоцистной пневмонии характерен выраженный цианоз лица. На рентгенограмме при пневмоцистной пневмонии определяется не синдром диссеминации, как у данного больного, а симптом «матового стекла».

5. Лечение по 3 режиму химиотерапии (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) в стационарных условиях, поскольку пациент не является бактериовыделителем с дальнейшим присоединением антиретровирусной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

1. Туберкулёзный спондилит Th11-12, L1, спондилитическая фаза, стадия разгара МБТ()1А группа ДУ.

2. Остеомиелит позвоночника, опухоль позвоночника.

3. Консервативное лечение в сочетании с операцией некрэктомией с укреплением позвоночника аутоотрансплантантом или металлоконструкцией.

4. 1А группа диспансерного учёта, поскольку заболевание у пациента выявлено впервые.
5. 1 режим химиотерапии: Изониазид в дозе 10 мг/кг, Этамбутол в дозе 25 мг/кг, Рифампицин в дозе 10 мг/кг, Пиразинамид в дозе 30 мг/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

1. Несвоевременно, так как обнаружен распад лёгочной ткани и МБТ+
2. Нет, поскольку расценил очаги как остаточные изменения после перенесённого туберкулёза без уточнения анамнеза и дообследования пациента.
3. Полное обследование на туберкулёз, включающее ОАК, ОАМ, пробу Манту, томографию, исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии трёхкратно, анализ анамнеза и общего состояния пациента.
4. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения МБТ (+) 1А группа ДУ
5. Лечение в условиях стационара, поскольку пациент является бактериовыделителем и представляет эпидемиологическую опасность. Лечение по 1 режиму химиотерапии, с коррекцией лечения в дальнейшем по чувствительности (поскольку пациент впервые выявленный, ранее туберкулёзом не болел и не имеет риска лекарственной устойчивости).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

1. Милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ (-).
2. Диагноз «милиарный туберкулёз» ставится на основании жалоб больного, эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом), данных физикального осмотра, данных общего анализа крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ), рентгенологических изменений (мелкоочаговая диссеминация), отсутствия МБТ в мокроте, отрицательной реакции Манту, отсутствия эффекта от проводимой терапии антибиотиками широкого спектра действия.
3. Саркоидоз лёгких, силикоз, милиарный актиномикоз лёгких, гемосидероз, карциноматоз, гистиоцитоз Х, альвеолиты.
4. Микроскопия с окраской по Цилю-Нильсену, культуральный метод (посев на твёрдые и жидкие питательные среды), биологический метод, молекулярно-генетические методы (ПЦР, технология GeneXpert).
5. Длительная (около 12 месяцев) химиотерапия с применением не менее 4 препаратов основной группы (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической и симптоматической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационная терапия, антиоксиданты, витамины).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

1. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада, МБТ (). Кровохарканье.
2. Диагноз «инфильтративный туберкулёз лёгких» ставится на основании отсутствия жалоб у больного; эпидемиологического анамнеза (контакт с больным туберкулёзом); рентгенологической картины (затемнение средней интенсивности без чётких контуров до 5 см) и положительного результата Диаскинтеста. Фаза распада ставится на основании того, что рентгенологически затемнение имеет неоднородность за счет просветления в центре. МБТ (-) в диагнозе ставится на основании того, что МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены. Кровохарканье ставится на основании того, что больной предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови, и в анализе мокроты эритроциты покрывают всё поле зрения.
3. Неспецифическая пневмония, эозинофильная пневмония, грибковые пневмонии, периферический рак лёгкого, инфаркт-пневмония.

4. Бронхолобулярный, округлый, облаковидный, периссиссурит и лобит. Учитывая рентгенологическую картину у больного округлый инфильтрат.

5. Химиотерапия в противотуберкулёзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией. Коллапсотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

1. Туберкулёзной экссудативный плеврит справа, МБТ (-).

2. Диагноз «экссудативный туберкулёзный плеврит» ставится на основании жалоб (боли в грудной клетке, лихорадка), физикального обследования, рентгенологической картины (субтотальное затемнение со смещением средостения в здоровую сторону), гистологической картины (гранулемы с казеозным некрозом, фуксинофильные палочки).

3. Парапневмонический плеврит, метастатический плеврит, травматический плеврит, плеврит при заболеваниях соединительной ткани, транссудат при сердечной недостаточности.

4. Больные с экссудативным плевритом на период лечения в стационарных и санаторных условиях признаются временно нетрудоспособными. По окончании курса интенсивной терапии вопросы трудоустройства больных, перенёсших экссудативный плеврит, как правило, решаются ВК противотуберкулёзных диспансеров. Лечение больных направлено на ликвидацию плеврита, профилактику туберкулёза лёгких и фиброторакса. Клинический и реабилитационный прогноз у больных экссудативным плевритом при успешно проведенном лечении, как правило, благоприятный.

5. Химиотерапия в противотуберкулёзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол или стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды коротким курсом).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

1. Туберкулёзной менингит, базиллярная форма.

2. Глазодвигательный нерв (3 пара). Могут ещё поражаться отводящий нерв (6 пара), лицевой нерв (7 пара), кохлеарный нерв (8 пара), языкоглоточный нерв (9 пара), подъязычный (10 пара) и блуждающий (12 пара) нервы.

3. Повышенное давление, лимфоцитарныйцитоз, понижение сахара и хлоридов, повышение белка, обнаружение МБТ. Возможно ещё выпадение нежной фибриновой плёнки при отстаивании ликвора в течение 12-24 часов, повышение окисляемости ликвора в 2-3 раза, положительные реакции Панди и Ноне-Аппельта.

4. Менингизм, серозные вирусные менингиты, гнойные менингиты, опухоли головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, абсцессы головного мозга.

5. Длительная химиотерапия (более 1 года) в противотуберкулёзном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол или Стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды, дезинтоксикационная терапия и т. д.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

1. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. ДН-II ст.

2. Постепенно нарастающие симптомы интоксикации, характерные для туберкулёза, наличие кровохарканья. Туберкулёзный контакт. Процесс имеет пневмониеподобное течение, что встречается при обширных туберкулёзных инфильтратах. Типична для туберкулёза неоднородная инфильтрация с полостями распада с верхнедолевой локализацией, с очагами обсеменения в нижних отделах за счет бронхогенного обсеменения. Наличие кислотоустойчивых палочек в совокупности с клинико-рентгенологической

картиной свидетельствует о выделении МБТ. Выделение крови в виде плевков в количестве 30-40 мл является кровохарканьем. Одышка в покое, акроцианоз - признаки дыхательной недостаточности II ст.

3. Компьютерная томография лёгких для точного определения размеров деструкции, объёма поражения, локализации очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости для выбора режима химиотерапии. В связи с кровохарканьем определяют количество тромбоцитов, длительность кровотечения, коагулограмму. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфических и неспецифических заболеваний. Кожные пробы с Диаскинтестом и туберкулином для подтверждения этиологии и определения иммунной реактивности организма. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. Анализ мочи для исключения туберкулёза почек и неспецифических заболеваний. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом.

4. Провести комплексное обследование контактных детей и учителей школы (производственные контакты), членов семьи больного (семейный контакт) в противотуберкулёзном диспансере с последующим наблюдением, химиопрофилактика контактным. Проведение дезинфекции по месту проживания и работы. Изоляция больного в туберкулёзный стационар. Санитарно-просветительная работа.

5. У больного кровохарканье. Назначают: ганглиоблокаторы для снижения давления в системе бронхиальных артерий и лёгочной артерии (5% раствор Пентамина или 0,1% раствор Арфонада или 2,5% раствор Бензогексония по 0,5-1,0 мл в/в капельно в растворе глюкозы). Дицинон 12,5% раствор в/в или в/м по 2-4 мл для повышения свёртываемости и снижения проницаемости сосудов. Контрикал (трасилол) 10-30 тыс. ед. в/в струйно для снижения фибринолитической активности и уровня протеаз крови. С этой же целью 5% раствор s-аминокапроновой кислоты в/в капельно, затем per os.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

1. Туберкулёма верхней доли левого лёгкого в фазе инфильтрации. МБТ (-).

2. Положительные результаты иммунодиагностики указывают на то, что больная инфицирована МБТ. В пользу туберкулёза - наличие контакта по этому заболеванию при отсутствии профилактических заболеваний. Отсутствие ФЛГ в течение 3 лет способствует хронизации туберкулёзного процесса. Бессимптомное течение заболевания, не выраженные симптомы интоксикации, отсутствие физикальных изменений характерны для туберкулёма малого размера. Чёткие контуры округлого образования свидетельствуют о наличии капсулы вокруг специфического образования. Расположение в верхних отделах лёгких, субплеврально - типично для туберкулёма. МБТ не выявлены методом микроскопии, что характерно для туберкулёмы (отсутствие или скудное бактериовыделение). Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом.

3. Компьютерная томография лёгких для уточнения размеров и структуры округлого образования, исключения деструкции, определения состояния окружающих тканей, наличия возможных очагов обсеменения. Посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии). ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов, взятия промывных вод бронхов для бактериологического и цитологического исследования. Анализ крови и мочи. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек перед началом химиотерапии. При недостаточной информативности перечисленных методов - биопсия. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных

туберкулёзом. УЗИ органов брюшной полости и почек для исключения специфического и неспецифического процесса.

4. Больному назначается гигиено-диетический режим, химиотерапия, патогенетическая терапия, хирургическое лечение.

5. Клинический и реабилитационный прогноз у больных с туберкулёмой в большинстве случаев благоприятный. При стационарном клиническом течении и признаках активности для проведения курса химиотерапии срок временной нетрудоспособности составляет 4-6 месяцев. При прогрессирующем течении для комплексного лечения, включая хирургические методы, длительность временной нетрудоспособности может быть увеличена до 8-12 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

1. Диссеминированный туберкулёз в фазе инфильтрации и распада. МБТ (+). ДН - II ст.

2. В пользу заболевания туберкулёзом - наличие туберкулёзного контакта с отцом (очаг смерти), что при отсутствии профилактических мероприятий обычно приводит к заболеванию контактных лиц. Типичным является интоксикационный синдром, который развивался подостро, в сочетании с усиливающимся в течение нескольких недель кашлем, отсутствие эффекта от неспецифической антибактериальной терапии. Данные о наличии очагов Гона на предыдущей флюорограмме говорят о перенесённом в детстве первичном туберкулёзе, эти очаги могут быть источником вторичного туберкулёза, особенно в сочетании с суперинфекцией. Данные иммунодиагностики свидетельствуют об инфицировании МБТ. Рентгенологически выявлена диссеминация, её характер: более крупные очаги в верхних отделах, их слияние с образованием инфильтративных фокусов типичны для подострого диссеминированного туберкулёза. Диагноз подтверждается наличием микобактерий, выявленных посевом (Бактек). Наличие микобактерий в мокроте и участков просветления в фокусных образованиях являются обоснованием фазы распада. Дыхательная недостаточность на основании одышки, акроцианоза.

3. Клинический анализ крови и общий анализ мочи: для определения выраженности интоксикационного синдрома, исключения туберкулёза почек и неспецифических заболеваний. Кровь на ВИЧ (обязателен для всех больных туберкулёзом), особенно при диссеминации. Анализы крови на ВИЧ, гепатиты В и С обязательны для больных туберкулёзом. Компьютерная томография лёгких для уточнения размеров и характера поражения, очагов деструкции, состояния внутригрудных лимфатических узлов. Больному выполнялся посев мокроты на МБТ (метод Бактек), но объём бактериологического обследования надо расширить: повторно микроскопия (массивность бактериовыделения), посев мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек) среды с определением лекарственной устойчивости (для выбора режима химиотерапии) к остальным противотуберкулёзным препаратам, ПЦР на ДНК МБТ в мокроте с определением лекарственной устойчивости, типирование микобактерий. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций, с этой же целью осмотр офтальмолога, так как при диссеминированном туберкулёзе лёгких чаще, чем при других формах, обнаруживают внелёгочные очаги. Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии.

4. В детском возрасте пропущено инфицирование МБТ и заболевание первичным туберкулёзом, о чем свидетельствует наличие очагов Гона. Пациент курит с 13 лет - страдала санитарно-просветительная работа с подростком и социальная профилактика. При выявлении у отца тяжёлой формы туберкулёза, в последующем очага смерти, пациент не привлекался к обследованию и наблюдению в противотуберкулёзном диспансере по контакту, не проведены химиопрофилактика (превентивное лечение), своевременное выявление туберкулёза; отсутствовала текущая и заключительная дезинфекция в очаге. Не

было социальной профилактики - коммунальная квартира не расселена. Отсутствует ФЛГ в 17 лет.

5. У больного имеется множественная лекарственная устойчивость - МЛУ МБТ, т.к. методом посева (Бактек) установлена устойчивость к двум основным противотуберкулёзным препаратам: Изониазиду и Рифампицину. Химиотерапия проводится по 4 стандартному режиму резервными противотуберкулёзными препаратами. Длительность лечения не менее 20 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

1. Левосторонний экссудативный туберкулёзный плеврит.

2. В пользу экссудативного плеврита: боли в грудной клетке, одышка, резкое повышение температуры, отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, голосового дрожания являются симптомами наличия жидкости в плевральной полости. Рентгенологическая картина: гомогенное затенение в ниже-боковых отделах левого гемиторакса с косой границей (линия Демуазо) характерно для свободной жидкости в плевральной полости. В пользу туберкулёзной этиологии плеврита молодой возраст, постепенное развитие интоксикационного синдрома, гиперергические результаты пробы Манту и Диаскинтеста, туберкулёзный контакт в анамнезе.

3. УЗИ грудной клетки для уточнения количества и расположения жидкости, определения места пункции. Исследование плевральной жидкости: количество, цвет, характер, плотность, содержание белка, проба Ривальда, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аденозиндезаминаза (АДА), клеточный состав - для определения характера экссудата, исключить транссудат. Микроскопия по Цилю-Нильсену и посев экссудата, мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек), ПЦР МБТ - для определения этиологии заболевания, определения лекарственной чувствительности МБТ (для выбора режима химиотерапии) - не менее 2 раз, плевральная жидкость после каждой пункции. Компьютерная томография грудной клетки (после удаления экссудата) для выявления инфильтрации, очагов, увеличения внутригрудных лимфоузлов, которые могут быть проявлением туберкулёза и других заболеваний. Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов. УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций. При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры - в биоптате определяют наличие туберкулёзных гранулем и МБТ (подтвердить туберкулёзную этиологию, исключить онкологию). Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии. Кровь на ВИЧ, гепатиты В и С обязательно исследуется при туберкулёзе.

4. Плотность 1015 и выше, содержание белка 30 г/л и более; типичен серозный экссудат с преобладанием в клеточном составе лимфоцитов (> 50%), низкое содержание глюкозы (<3,33 ммоль/л), повышение аминазиндезаминазы - АДА (> 35 ед/л); положительна проба Ривольта, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышена более 1,6 ммоль/(л^{хч}). Наличие МБТ (метод микроскопии, посева, ПЦР) - вероятность 5-15%.

5. Назначается III режим химиотерапии, состоящий из основных препаратов: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

1. Первичный туберкулез верхней доле левого легкого в фазе инфильтрации.

2. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. Общий анализ мокроты; бактериоскопические методы исследования (люминесцентная микроскопия, микроскопия по Цилю-Нильсену), ПЦР МБТ и посев мокроты на МБТ с определением

лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония

4. Лимфо-бронхиальный свищ; формирование железистой каверны; кровохарканье; ателектаз.

5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность, осуществляется в противотуберкулезном диспансере в течении 6 месяцев. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

1. Диссеминированный туберкулез легких в разе инфильтрации и распада.

2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; общий анализ мокроты; люминисцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония; обострение ХОБЛ; рак легких.

4. Легочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.

5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение режима абсолютного покоя в полусидячем положении для лучшего откашливания мокроты. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в течение 6 месяцев комбинацией из трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

1. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации.

2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; Проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», общий анализ мокроты; бактериоскопия по Цилю - Нильсену, люминисцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; рентгенография и КТ органов грудной клетки. Фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония, ХОБЛ, рак легкого.

4. При очаговом туберкулезе осложнения редки. В случае неадекватного лечения возможно прогрессирование заболевания переход в фазу распада, появление кровохарканья, диссеминация процесса.

5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность в течение 6 месяцев. Патогенетическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

1. Казеозная пневмония правого легкого. Осложнения: инфекционно-токсический шок.
2. Клинический анализ мочи. Биохимический анализ крови. Определение функциональной активности Т-лимфоцитов. Коагулограмма. Проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия. ЭКГ.
3. Абсцедирующая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак легких.
4. Инфекционно-токсический шок, кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанных пневмоторакс.
5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Режим абсолютного покоя. Высоко-белковая диета. Противотуберкулезное лечение: в интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин). Восстановление центральной гемодинамики. Восстановление микроциркуляции крови. Оксигенотерапия. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция водно-электролитных нарушений и борьба с ацидозом. Лечение тромбогеморрагического синдрома. Гормонотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

1. Туберкулез периферических лимфатических узлов.
2. Биохимический анализ крови, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС, КТ органов грудной клетки.
3. Инфекционный мононуклеоз, сифилис, лимфогрануломатоз. ВИЧ – инфекция.
4. Формирование свищей, диссеминация процесса.
5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в противотуберкулезном диспансере в течение 6 месяцев из комбинации трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

1. Основной: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ +.
2. Диагноз выставлен на основании: 1 - наличия симптомов интоксикации (слабость, потливость, лихорадка до 37,3-37,5°C); 2 - наличия изменений на рентгенограмме (в левом легком на уровне II-III ребер округлая, с нечеткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 см с участком просветлением в центре и дорожкой к корню); 3 - реакции Манту с 2 ТЕ папула 10 мм. Диаскинтест 10 мм; 4 - фазы распада на основании рентгенологических изменений; 5 - МБТ(+) на основании наличия в мокроте методом бактериоскопии и посевом МБТ.
3. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. КТ органов грудной клетки. Фибробронхоскопия.
4. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Щадящий режим относительного покоя. Высоко-белковая диета. Интенсивная фаза химиотерапии в течение 3 месяцев, включая не менее шести препаратов (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин), Фторхинолоны), фаза продолжения в противотуберкулезном диспансере 6 месяцев, включая 3 препарата к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.
5. Внебольничными пневмониями (бактериальными, вирусными, грибковыми). Рак легкого. Эозинофильный легочный инфильтрат. Инфаркт легкого.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

1. Диагноз - основной: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ (+). Осложнения: ДН 1 степени. Кровохарканье. Хроническое легочное сердце. Гипотрофия.

2. Диагноз выставлен на основании: 1) - наличия в анамнезе перенесенного ранее туберкулеза, незаконченная фаза продолжения лечения, отрыв пациента от диспансера и лечения; 2) - наличия жалоб на кашель, выделение обильной гнойной мокротой с прожилками темной крови, общую слабость, потерю 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°C; 3) - данных физикального осмотра: температура тела 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая ее половина отстает при дыхании. Над правым верхним легочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД - 20 в минуту в покое. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 уд/минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. 4 - наличия изменений на рентгенограмме (легочный рисунок обогащен и деформирован. В правом верхнем легочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления, местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню легкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа); 5 - фазы обсеменения - наличие очагов в контрлатеральном легком 6 - МБТ(+) на основании данных ЛЮМ-микроскопии.

3. 1) Кровохарканье - наличие прожилок крови в мокроте и наличие эритроцитов в мокроте при общем анализе. 2) Дыхательная недостаточность - появление одышки при расширении обычной физической нагрузки. 3) Хроническое легочное сердце - на основании косвенных симптомов: акцента II на легочной артерии, изменений на ЭКГ P-pulmonale во II, III, aVF. 4) Гипотрофия на основании индекса массы тела 18,3.

4. Дополнительно необходимо выполнить: 1) - КТ ОГК с целью уточнения распространенности и фазы процесса; 2) - пробу Манту с 2ТЕ и Диаскинтест (входит в общий диагностический минимум); 3) - фибробронхоскопию с целью исключения патологии бронхов и установления источника кровотечения; 4) - посевы мокроты на жидкие или плотные питательные среды; 5) - использование МГМ диагностики с установлением ЛУ; 6) - определение ФВД для выявления обструктивно/рестриктивных нарушений; 7) - ЭХО-КГ для уточнения наличия признаков ХЛС.

5. Комплексное лечение, включающее в себя лечебно-охранительный режим, противотуберкулезную химиотерапию, патогенетическую и симптоматическая терапия. Схема противотуберкулезных препаратов должны включать не менее 6 препаратов, включая препараты основного ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол) и препараты резервного ряда (Канамицин, Офлоксацин) в адекватной дозировке согласно весу больного. Данная схема обусловлена наличием высокого риска наличия лекарственной устойчивости возбудителя. Гемостатическая терапия, оксигенотерапия, высокобелковое питание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

1. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: в течение двух месяцев нарастают явления интоксикации, кашель. Обратился в связи с повышением температуры, болью в грудной клетке, при аускультации определялись влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно: притупление. Рентгенологически в нижней доле правого легкого обнаружены синдромы затемнения с просветлением и множественных очаговых теней. В промывных водах бронхов найдены МБТ.

3. Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого. Абсцедирование. Рак легкого.

4. Больной является бактериовыделителем, т. к. в посевах промывных вод бронхов выявлен рост колоний МБТ. Именно культуральный метод является наиболее достоверным, т. к. позволяет выявить МБТ при наличии в исследуемом материале нескольких десятков микробных тел. Для сравнения: микроскопия дает положительный результат при наличии 104-105/мл микробных тел.

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. До получения результатов устойчивости МБТ к препаратам назначается комбинация из четырех препаратов первого ряда: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании следующих данных: имел контакты с туберкулезными больными в местах лишения свободы. В течение года нарастали явления интоксикации, похудел на 10 кг. Обратился с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. При осмотре состояние тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Рентгено-томографически: в правом легком определяется субтотальная инфильтрация легочной ткани средней и высокой интенсивности, многочисленные полости распада в правом легком, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого легкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

3. Внебольничная пневмония правого легкого. Абсцедирование.

4. Характерны следующие рентгенологические изменения: большая площадь поражения легочной ткани – от доли и больше, высокая интенсивность тени за счет преобладания казеозного некроза в структуре воспаления, смещение органов средостения в сторону поражения, подъем купола диафрагмы на стороне поражения из-за гиповентиляции и ателектазирования измененной легочной ткани, быстрое появление очагов и фокусов бронхогенного обсеменения.

5. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ назначается комбинация из шести препаратов: четырех препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ+.

2. Диагноз поставлен на основании характерных клинических данных: предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5°C, снижение аппетита, похудел на 4 кг, кашель, при аускультации - в верхних отделах – дыхание жесткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное, перкуторно: незначительное притупление легочного звука в верхних отделах. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Рентгенологически – синдром очаговой диссеминации в верхних и средних отделах обоих легких. Очаги сливаются между собой, имеются признаки распада. Микроскопически найдены КУМ.

3. Больному назначается свободный двигательный режим, 11 стол. В связи с пребыванием больного в местах лишения свободы, можно предполагать у него множественную лекарственную устойчивость МБТ. До получения результатов устойчивости МБТ

назначается комбинация из шести препаратов: четырех препаратов первого ряда (Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол), а также по одному препарату из группы аминогликозидов и фторхинолонов. Затем схема корректируется согласно устойчивости МБТ.

4. Саркоидозом, грибковыми поражениями легких, пневмокониозами, экзогенным аллергическим альвеолитом, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом.

5. Неблагоприятный. У больного можно предполагать множественную лекарственную устойчивость МБТ в связи с пребыванием в местах лишения свободы. В крови обнаружены маркеры гепатита С. Так как большинство противотуберкулезных препаратов гепатотоксичны, у данного больного может развиваться лекарственный гепатит. Из-за МЛУ и гепатита С не удастся, скорее всего, подобрать эффективную схему терапии. При увеличении трансаминаз более, чем в 5 раз, придется отменять препараты. На этом фоне сроки лечения будут удлиняться, процесс может трансформироваться в хронический диссеминированный либо фиброзно-кавернозный туберкулез.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Инфекционные болезни.	5
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Фтизиатрия	16
Эталоны ответов к задачам по инфекционным болезням	33
Эталоны ответов к задачам по фтизиатрии	45

ХАПАЕВ Башир Алимджашарович

БАЙРАМУКОВ Смаил Хамзатович

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Часть 7. Инфекционные болезни и фтизиатрия.

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Печатается в авторской редакции

Корректор Чагова О.Х.
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 19.02.2019г.
Формат 60x84/16
Бумага офсетная.
Печать офсетная.
Усл. печ. л. 3,48
Заказ № 3653
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен
в Библиотечно-издательском центре СевКавГГТА
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36