

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 межрёберных 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 лёгкого 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 туберкулёза 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 чёткой 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.

Ответ:

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 – транссудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфорцитарный); 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

Больной М. 35 лет на приёме 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 перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5 °С. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного 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 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. 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.

Ответ:

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 больной 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

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 °С), 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 туберкулёзом не болел. Контакт с больным туберкулёзом 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 лёгочного 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 нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лёгких – 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.

Ответ:

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

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 лёгких.

Рентгенографически – в правом лёгком от верхушки до III ребра определяется негетогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечёткие. В окружающей ткани лёгкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - $11,0 \times 10^9/\text{л}$, 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 лёгочным 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.

Ответ:

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 сдвигов 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

Больной М. 33 лет переведён в стационар противотуберкулёзного диспансера из инфекционной больницы в тяжёлом 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 °С, 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 лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Рентгенологически – в обоих лёгких от верхушек до диафрагмы визуализируются множественные мелкие (до 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени средней интенсивности, с нечёткими размытыми контурами. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

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

В мокроте методом люминесцентной микроскопии трёхкратно МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.

Врач-рентгенолог оценил эти очаги как остаточные изменения после перенесённого туберкулёза 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 лёгкого 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 туберкулёза.

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.

Ответ:

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

Больной Б. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,5 °С, кашель со скудной мокротой слизистого характера, преимущественно по утрам, одышку в покое, ночные поты.

Имеет контакт с больным туберкулёзом отцом. Болен в течение 10 дней, когда после переохлаждения повысилась температура, появилась слабость, одышка в покое. После рентгенологического обследования выявлена патология в лёгких. Направлен в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная двусторонняя очаговая пневмония».

При осмотре: кожные покровы бледные, румянец щёк, периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии над лёгкими 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-жёлтая, 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-Л1 – отрицательная. Анализ мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии – МБТ не обнаружены.

Рентгенологически: в лёгких определяется тотальная мелкоочаговая диссеминация, очаги размерами 2-3 мм, расположены периваскулярно, средней интенсивности, с чёткими 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 ещё 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.

Ответ:

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

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 туберкулёзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В лёгких 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-жёлтый, 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 чётких контуров, неоднородной структуры за счёт 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 клинко-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.
5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

Ответ:

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, перисциссурит 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

Мужчина П. 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38 °С, слабость.

Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулёзом 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 лёгочной 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-жёлтый, 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 лёгочно-хирургическое отделение областного туберкулёзного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-жёлтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулёмы с казеозным некрозом, окружённые 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.

Ответ:

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 (гранулёмы 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 противотуберкулёжном стационаре с применением не менее 4 препаратов основной группы в интенсивную фазу (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол или стрептомицин) в сочетании с патогенетической терапией (кортикостероиды коротким курсом).

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 чёткой локализации, не снимаемая анальгетиками, рвота, не связанная с приёмом пищи, без предшествующей тошноты.

Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. После проведённого обследования врачом-терапевтом участковым выставлен диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия) с повторной явкой на приём 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 струёй), 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 ещё 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.

Ответ:

1. Туберкулёзной менингит, базилярная 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, лимфоцитарный цитоз, 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 Нонне-Аппельта.
4. Менингизм, серозные вирусные менингиты, гнойные менингиты, опухоли головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, абсцессы головного мозга.
5. Длительная химиотерапия (более 1 года) в противотуберкулёжном 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

В приёмный 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 туберкулёзный контакт с родственником. Ухудшение 3 дня назад: повышение температуры, кашель.

При осмотре: состояние средней тяжести. Истощён. Кожные покровы бледные, акроцианоз. При кашле сплёвывает 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 лёгкого. Там же бронхиальное дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной 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 лёгкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних отделах обоих лёгких.

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.



Ответ:

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 ε-аминокапроновой кислоты в/в капельно, затем per os.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

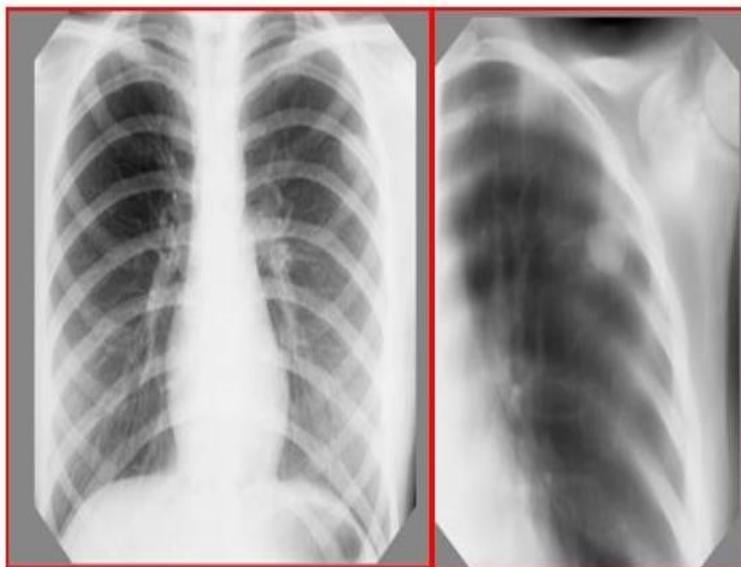
Женщина 35 лет выявлена при профилактическом ФЛГ-обследовании.

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 туберкулёзный 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 лёгкого 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.

Ответ:

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

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 °С, усиление кашля с мокротой, появление одышки. Профилактическая флюорография 2 года назад, обнаружены единичные очаги Гона.

Из анамнеза: контакт с больным туберкулёзом отцом, умершим от туберкулёза 1 год назад. В противотуберкулёзном диспансере никогда не наблюдался. Противозидемические мероприятия в очаге не проводились. Условия жизни неблагоприятные, 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 лёгочными полями.

Рентгенологически: очаговая диссеминация по всем лёгочным полям с обеих сторон, преимущественно в верхних и средних отделах. Контуры очагов нечёткие, 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.

Ответ:

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

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

Анамнез: в течение трёх 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 туберкулёзом 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 отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого лёгкого, 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 лёгочного 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 туберкулёзной этиологии плеврита у этого больного?
5. Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале.

Ответ: 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 затемнение в нижне-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 трансудат. 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 гранул 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 аминазидеаминазы – АДА (> 35 ед/л); положительна проба Ривольта, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышена более 1,6 ммоль/(л×ч). Наличие МБТ (метод микроскопии, посева, ПЦР) – вероятность 5-15%.

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

Больной 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад больной проходил лечение в туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацелирован на 2 ряде препаратов. Находится на 2 группе диспансерного учёта. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловое образования не пальпируются.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Hb, г/л — 110, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты — $3,8 \times 10^9$, эозинофилы — 5, базофилы — нет, юные нейтрофилы — нет, палочкоядерные — 2, сегментоядерные — 44, лейкоциты — 47, моноциты — 2, СОЭ мм/ч — 15

Общий анализ мочи:

Цвет: жёлтый; удельный вес — 1018, белок — 0.018, сахар — отр., ацетон — отр., лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты — нет, эпителий — 1-2 в поле зрения, цилиндры — нет

Биохимические показатели:

АСТ	21	Ед/л	Калий	5.9	Ммоль/л
АЛТ	16	Ед/л	Натрий	129	Ммоль/л
Глюкоза	3.4	Ммоль/л	Хлор	90	Ммоль/л
Мочевина	6.3	Ммоль/л	Креатинин	95	Мкмоль/л

R-г ОГК: Признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза лёгких.

КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения.

Ответ: 1. Туберкулёз надпочечников. Хроническая надпочечниковая недостаточность, тяжёлой степени тяжести. Анемия лёгкой степени тяжести (вследствие надпочечниковой недостаточности). Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, МБТ (-), множественная лекарственная устойчивость.

2. Диагноз «туберкулёз надпочечников» поставлен на основании: данных анамнеза – перенесённый фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, на КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации, характерная для туберкулёза надпочечников картина.

Диагноз «хроническая надпочечниковая недостаточность» выставлен на основе выделенных синдромов: дерматопатии (гиперпигментации), астении (слабость), диспепсии (тошнота, снижение аппетита, диарея, болезненность живота), артериальной гипотензии (85/60 мм рт. ст. в положении лежа, в положении сидя - еще большее снижение АД- 75/45 мм рт. ст.); надпочечниковая недостаточность имеет первичный характер (указывает гиперпигментация кожных покровов из-за повышения АКТГ и МСГ, тенденция к гиперкалиемии и гипонатриемии (вследствие снижения секреции альдостерона, что свидетельствует о первичном генезе поражения), тяжёлая степень тяжести - пациент требует заместительной терапии и глюко- и минералокортикоидами. На декомпенсацию ХНН указывает наличие большого количества синдромов.

Анемия легкой степени выставлена на основе данных ОАК (гемоглобин - 110 г/л). Диагноз «фиброзно-кавернозный туберкулез легких» выставлен на основе анамнеза, данных Р-граммы легких.

Механизм развития синдромов. Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек - следствие избыточной секреции АКТГ и β -меланоцитостимулирующего гормона. Общая и мышечная слабость – следствие гипогликемии, гипонатриемии и гиперкалиемии.

Снижение массы тела - следствие дегидратации, снижения аппетита. Диспепсические расстройства - следствие снижения секреции соляной кислоты, пепсина и повышения секреции хлорида натрия в просвет кишечника. Артериальная гипотензия - следствие снижения уровня минералокортикоидов и глюкокортикоидов: дегидратации, снижения общего количества натрия в организме, уменьшения внеклеточного объема жидкости, усугубляемого рвотой и диареей.

Анемия – следствие глюкокортикоидной недостаточности и нарушения всасывания железа на фоне диспепсии, нарушения аппетита.

3. Кортизол крови (8 и 23.00), АКТГ (8 и 23.00), экскреция свободного кортизола с мочой, альдостерон, ренин - подтверждение наличия надпочечниковой недостаточности (дефицита глюко- и минералокортикоидов (альдостерон снижен, активность ренина плазмы повышена), установление её первичного характера (АКТГ повышен).

Проба Манту, ПЦР для подтверждения туберкулеза. Сывороточное Fe, железистый комплекс для уточнения генеза анемии.

4. В/в Гидрокортизон натрия сукцинат 100 мг 3 раза в день. Одновременно с внутривенным введением гидрокортизона натрия сукцината назначают гидрокортизона ацетат в виде суспензии по 50-75 мг в/м каждые 4-6 часов в первые сутки. Внутривенная инфузия 0,9% раствора NaCl и 5% раствора глюкозы до устранения дегидратации и гипонатриемии.

Инфузионную терапию прекращают при стабилизации АД на уровне 110/70 мм рт. ст. При стабилизации состояния перевод на постоянную заместительную гормональную терапию: Гидрокортизон (Кортизон, Кортэф) 12-15 мг/м², в среднем по 30 мг/сут. (20 мг утром и 10 мг после обеда), или Кортизон ацетат 40-50 мг (25 г утром и 12,5 мг после обеда) или Преднизолон 5 мг утром и 2,5 мг после обеда.

Минералокортикоиды – Кортинеф 0,1 мг в день утром. Противотуберкулезная терапия. Назначение препаратов железа при подтверждении ЖДА.

5. Прогноз: удовлетворительный при регулярном приёме гормонов, при отказе от него – резкая декомпенсация. Больные должны избегать стрессов, инфекционных осложнений, быть обучены, что при этих состояниях дозу ГК необходимо увеличить. Им противопоказаны занятия тяжёлым физическим трудом. При признаках декомпенсации (слабости, недомогания, гипотонии) следует обратиться к врачу. Критериями адекватности терапии являются данные клиники и самочувствия пациента. Динамический контроль: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, общий белок, калий, натрий, хлор, креатинин, мочеви́на, ЭКГ, АД.

Больной К. 17 лет жалуется на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру.

Анамнез: обследован по поводу контакта с больным туберкулёзом родственником. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15 мм. Проба с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным (Диаскинтест) – 10 мм.

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

Вопросы:

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

Ответ: 1. Первичный туберкулёз верхней доле левого лёгкого 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 противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения из комбинации трёх

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

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 лёгких.

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

Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная. Реакция с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным (Даскинтест) - папула 8 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте 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.

Ответ: 1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в разе инфильтрации и распада.

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

3. Внебольничная пневмония; обострение ХОБЛ; рак лёгких.

4. Лёгочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.
5. Госпитализация в противотуберкулёзный 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 противотуберкулёзных 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 трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

У больной Т. 45 лет изменения в лёгких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки. В детстве состояла на учёте в противотуберкулёжном диспансере по поводу контакта с больной туберкулёзом матерью. Стаж курения 25 лет.

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

На обзорной флюорограмме органов дыхания в 1-2 сегментах правого лёгкого на фоне усиленного лёгочного рисунка определяются очаговые тени низкой интенсивности с нечёткими контурами.

Вопросы:

1. Сформулируйте 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.

Ответ: 1. Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого 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, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; рентгенография и КТ органов грудной клетки. Фибробронхоскопия.

3. Внебольничная пневмония, ХОБЛ, рак лёгкого.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

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 туберкулёзом имел в местах лишения свободы 3 года назад. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в терапевтическое отделение, где на флюорограмме органов грудной клетки отмечается тотальное затемнение правого лёгкого с полостями распада и очагами отсева в левое лёгкое. Анализ мокроты по Цилю-Нильсену КУМ ++. Переведён в противотуберкулёзный 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 лёгочного

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 рёберной 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 лёгких отмечается тотальное затенение правого лёгкого средней интенсивности, неомогенной 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. Сформулируйте 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.

Ответ: 1. Казеозная пневмония правого лёгкого. 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 лёгких.

4. Инфекционно-токсический шок, кровохарканье, лёгочное кровотечение, спонтанных пневмоторакс.

5. Госпитализация в противотуберкулёзный стационар. Режим абсолютного покоя. Высоко-белковая диета. Противотуберкулёзное лечение: в интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных 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 тромбгеморрагического синдрома. Гормонотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

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 лёгких, 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 Циль-Нильсену: КУМ отрицательный.

Проба Манту с 2ТЕ - папула 20 мм. Диаскинтест - папула 20 мм.

Направлен в противотуберкулёзный 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.

Ответ: 1. Туберкулёз 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 противотуберкулёзный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулёзных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в противотуберкулёжном диспансере в течение 6 месяцев из комбинации трёх противотуберкулёзных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Больная Ю. 30 лет поступила в противотуберкулёзный стационар с жалобами на кашель, слабость. С января отмечает небольшое недомогание, слабость, потливость, повышением температуры до 37,3-37,5°C.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела - 37,2°C. Астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не изменены. Грудная клетка цилиндрическая. Перкуторный звук над всеми отделами лёгочный. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание в верхней доле левого лёгкого, 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 лёгком на уровне II-III рёбер округлая, с нечёткими контурами, средней интенсивности фокусная тень размером 3,0×3,5 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?

Ответ: 1. Основной: инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого 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 лёгком на уровне II-III рёбер округлая, с нечёткими 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 противотуберкулёзный 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 противотуберкулёжном диспансере 6 месяцев, включая 3 препарата к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическое лечение.

5. Внебольничными пневмониями (бактериальными, вирусными, грибковыми). Рак лёгкого. Эозинофильный лёгочный инфильтрат. Инфаркт лёгкого.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Больной П. 36 лет доставлен в областную туберкулёзную больницу бригадой скорой медицинской помощи с приёма в районном противотуберкулёжном диспансере, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: появление упорного, надсадного кашля, выделение обильной гнойной мокроты с прожилками тёмной 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 лёгкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где по результатам дообследования был установлен диагноз «инфильтративный туберкулез верхней доли правого лёгкого 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 лёгкого, закрытия полости распада. Переведён на фазу продолжения по РХТ 1 Рифампицином и Изониазидом в условиях противотуберкулёзного 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. Отёков нет. Температура тела - 37,0°C. Грудная клетка конической формы, правая её половина отстаёт при дыхании. Над правым верхним лёгочным 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 лёгочной 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 - $4,0 \times 10^{12}$ /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-жёлтого 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, Rpulmonale во II, III, aVF.

Рентгеновское исследование. Лёгочный рисунок обогащён и деформирован. В правом верхнем лёгочном 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 лёгкого 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 учётом осложнений заболевания.

Ответ:

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 отстаёт 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 симптоматическую терапию. 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 № 24

Больной Ю. 28 лет заболел остро с подъёма 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 лёгкого выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: притупление лёгочного звука в области нижней доли правого лёгкого.

Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого лёгкого с нечёткими контурами, негетогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. В окружающей лёгочной 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. Сформулируйте 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?

Ответ: 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 нарастали 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 № 25

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. Сформулируйте 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?

Ответ: 1. Диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения в S1,2 левого легкого МБТ(+).

2. Диагноз ставится на основании жалоб пациента, наличие контакта с больными туберкулезом в местах лишения свободы, на основании данных осмотра и аускультативной картины, а так же на основании рентгенологический изменений в легких в виде крупных мелких и средних каверн и очагов отсева в другое легкое. И, на основании наличия большого количества КУМ в мокроте.

3. Дифференциальный диагноз следует проводить с деструктивной пневмонией, абсцессом легкого, с центральным раком легкого.

4. Наличие крупных каверн и очагов отсева в легких.

5. Лечение проводится противотуберкулезными препаратами с учетом чувствительности. Лечение сопутствующей патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

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

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

Микроскопически в мокроте - КУМ+++.

Рентгенологически: во всех лёгочных 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. Сформулируйте 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.

Ответ: 1. Диагноз: Диссеминированный туберкулез S1-S10 обоих легких в фазе инфильтрации и распада МБТ(+).

2. Диагноз ставится на основании жалоб, на основании контакта с больными туберкулезом в местах лишения свободы, на основании рентгенологической картины в виде множества очаговых теней по всем легочным полям склонных к слиянию, а так же на основании наличия КУМ +++ в мокроте.

3. Консервативная терапия противотуберкулезными препаратами с учетом чувствительности. Патогенетическая терапия. Наложение пневмоперитонеума. Лечение сопутствующей патологии.

4. Дифференциальная диагностика проводится с другими легочными диссеминациями.

5. При благоприятном течении заболевания возможно рубцевание полостей распада, рассасывание и уплотнение очагов. При прогрессировании заболевания возможно формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза и даже летальный исходом.

Ситуационная задача 28

Больной Т. 26 лет. При флюорографическом обследовании год назад был выявлен инфильтративный туберкулез справа S₂ в фазе распада. МБТ (+). Получил полный курс противотуберкулезной терапии. В результате лечения наступило абациллирование мокроты. Рассасывание инфильтрации. Однако на месте распада сформировалась полость, округлой формы.

ВОПРОСЫ:

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Что могло способствовать такому исходу процесса в лёгких?
- Определите тактику ведения пациента.

Д-з: Кавернозный туберкулез правого легкого в S₂
Обслед-е: ОАК(нейтрофилез, лимфопения, ускорение СОЭ), ОАМ, БХ, рентген, ФБС, УЗИ ОБП, туберкулиновые пробы, исследование мокроты

В ходе лечения перифокальная инфильтрация вокруг зоны распада начинает рассасываться и остаётся полость, около которой всегда имеются элементы продуктивного воспаления, которые постоянно трансформируются в казеозную ткань. Каверна формируется при рассасывании перифокального воспаления и фиброзировании. Лечение кавернозного туберкулеза

Из-за активного бактериовыделения больные с кавернозным туберкулезом легких нуждаются в стационарном лечении в условиях противотуберкулезного диспансера. Терапия впервые выявленного кавернозного процесса проводится с помощью одновременного назначения 3-4-х противотуберкулезных препаратов (обычно - изониазида, этамбутола, рифампицина и стрептомицина). Для обеспечения высоких концентраций

специфических химиотерапевтических средств они могут вводиться внутривенно, интратрахеально, а также прямо в полость каверны. Дополнительно назначается туберкулинотерапия, лечебная дыхательная гимнастика, физиотерапия (индуктотермия, ультразвук, лазеротерапия). В случае высокого риска развития лекарственной устойчивости микобактерий к схеме лечения добавляют фторхинолоны и канамицин.

В благоприятных случаях проведение 4-6-месячного курса специфической терапии приносит положительные результаты: происходит прекращение бацилловыделения, уменьшение и закрытие каверны. Если в течение названного срока не удается достичь заживления каверны, принимается решение об оперативном лечении кавернозного туберкулеза: резекции легкого, оперативной коллапсотерапии (наложении искусственного пневмоторакса). При любом развитии событий после стационарного этапа проводится санаторное и амбулаторное лечение с последующим диспансерным наблюдением.

Ситуационная задача 29

Больной А. 22 года, в течении месяца отмечает утомляемость, снижение аппетита, появился кашель с незначительным выделением мокроты, по вечерам - субфебрильная температура. Аускультативно: слева под ключицей отмечается жесткое дыхание, хрипов нет. Анализ крови: Л - $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 25 мм/ч. Диаскинтест – 10мм. Рентгенологически в легких - слева под ключицей группа очагов малой интенсивности, склонных к слиянию, на фоне усиленного легочного рисунка.

ВОПРОСЫ:

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
- Определите тактику ведения пациента.

Д-з: Очаговый туберкулез в левом легком, S 1-2, фаза инфильтрации?

Д-ка: ОАК, ОАМ, БХ, туберкулиновые пробы, ПЦР, КТ, исследование мокроты, ФБС, Дифференциальная диагностика проводится с неспецифической очаговой пневмонией, пневмомикозами, периферическим раком легкого.

Лечение активного очагового туберкулеза легких проводится в противотуберкулезном стационаре, неактивного – в амбулаторных условиях под наблюдением фтизиатра. Стандартный режим химиотерапии предусматривает назначение не менее трех противотуберкулезных препаратов (рифампицин, изониазид, пиразинамид, этамбутол) на срок 2-3 месяца. В начальном периоде также может применяться стрептомицин. В фазе продолжения, которая длится 4-6 месяцев, оставляют прием двух препаратов (рифампицин+изониазид, изониазид+этамбутол). Общая длительность терапии очагового туберкулеза легких составляет 6-9 месяцев, а у отдельных пациентов – до одного года. Реабилитация после курса лечения осуществляется в условиях противотуберкулезного санатория.