

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
директор Института НМФО



« 27 » июня 2024 г.

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.51 Фтизиатрия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-фтизиатр**

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления

(актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Барканова Ольга Николаевна	Зав. кафедрой	к.м.н./доцент	Кафедра фтизиопульмонологии
2.	Гагарина Светлана Геннадиевна	Доцент	к.м.н./доцент	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Калуженина Анна Андреевна	Доцент	к.м.н./доцент	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации выпускников, подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.51 Фтизиатрия рассмотрен на заседании кафедры протокол № 4 от « 20 » мая 2024 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней института НМФО,

д.м.н., профессор



Недогода С.В.

Рецензент: главный врач ГБУЗ «Волгоградский областной клинический противотуберкулезный диспансер», Г.В. Мордвинова

Фонд оценочных средств для проведения ГИА согласован с учебно-методической комиссией института НМФО ВолГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и

производственной практики



М.Л. Науменко

Фонд оценочных средств для проведения ГИА утвержден на заседании Ученого совета института НМФО протокол № 18 от «27» июня 2024 года

Секретарь Ученого совета



М.В. Кабытова

ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
(практическая часть)
ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

I. Курация больного туберкулезом легких (сбор анамнеза, физикальное обследование, интерпретация анализов, постановка диагноза, лечение).

II. Ответ на один из вопросов.

1. Основные эпидемиологические показатели, используемые во фтизиатрии.
2. Современная клиническая классификация туберкулеза. Построение диагноза.
3. Очаги туберкулезной инфекции. Определение понятия. Классификация.
4. Методы обеззараживания при осуществлении работ с патогенными биологическими объектами – микобактериями туберкулеза.
5. Группы диспансерного наблюдения больных туберкулезом.
6. Неблагоприятные побочные реакции на противотуберкулезные препараты. Классификация.
7. Общие принципы профилактики НПР на противотуберкулезные препараты.
8. Диаскинтест. Фармакологическое действие. Показания. Противопоказания.
9. Диаскинтест. Техника выполнения.
10. Диаскинтест. Интерпретация результатов.
11. Препараты туберкулина.
12. Проба Манту. Техника выполнения.
13. Проба Манту. Показания, противопоказания.
14. Проба Манту. Оценка результатов.
15. Плевральная пункция. Показания. Техника выполнения.
16. Плевральная пункция. Осложнения, неотложная помощь при их возникновении.
17. Интерпретация анализа плевральной жидкости при туберкулезе.
18. Люмбальная пункция. Показания. Техника выполнения.
19. Люмбальная пункция. Осложнения, неотложная помощь при их возникновении.
20. Интерпретация анализа люмбальной жидкости при туберкулезе.
21. Правила сбора анализов мокроты и мочи для микробиологического исследования.
22. Кровохарканье и легочное кровотечение. Определение. Классификация.
23. Кровохарканье и легочное кровотечение. Диагностика.
24. Кровохарканье и легочное кровотечение. Дифференциальная диагностика.
25. Кровохарканье и легочное кровотечение. Тактика ведения, методы лечения.
26. Спонтанный пневмоторакс. Классификация.
27. Спонтанный пневмоторакс. Диагностика.
28. Спонтанный пневмоторакс. Лечебная тактика.
29. Искусственный лечебный пневмоторакс. Показания. Противопоказания. Техника выполнения. Осложнения.
30. Искусственный лечебный пневмоперитонеум. Показания. Противопоказания. Техника выполнения. Осложнения.

III. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме и сформулируйте диагноз согласно клинической классификации туберкулеза.

ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

(теоретическая часть)

ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.
2. Лекарственная устойчивость МБТ. Классификация.
3. Основные эпидемиологические показатели туберкулёза: инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность.
4. Источники заражения туберкулёзом. Пути передачи туберкулезной инфекции.
5. Группы риска по заболеванию туберкулезом.
6. Патогенез туберкулеза. Латентная туберкулезная инфекция. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.
7. Патологическая анатомия туберкулёза. Схема строения туберкулезной гранулемы.
8. Особенности анамнестических данных больного туберкулезом.
9. Клинические проявления туберкулеза органов дыхания.
10. Осмотр больного. «Habitus phtisicus». Изменения, обусловленные параспецифическими реакциями.
11. Перкуссия, ее информативность в зависимости от характера туберкулезного процесса и его осложнений.
12. Аускультация, характер дыхания при различных формах туберкулеза и фазах процесса.
13. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале бактериоскопическим методом.
14. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале бактериологическим методом. Виды питательных сред.
15. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале современными методами (БАКТЕК, молекулярно-генетические методы).
16. Методы определения лекарственной устойчивости МБТ.
17. Современные серологические методы диагностики туберкулеза (квантифероновый тест, T-SPOT).
18. Туберкулин. Виды туберкулина.
19. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания.
20. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Техника проведения, оценка результатов.
21. Проба Коха. Показания. Техника проведения. Оценка результатов.
22. Диаскинтест. Показания, противопоказания.
23. Диаскинтест. Техника проведения, оценка результатов.
24. Основные рентгенологические синдромы при туберкулёзе органов дыхания.
25. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.
26. Рентгеноанатомия органов дыхания. Анализ нормограммы органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях.
27. Рентгенологический синдром «просветление».
28. Рентгенологический синдром «затемнение».
29. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.
30. Изменение лабораторных показателей при туберкулезном процессе.
31. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
32. Первичный туберкулез, формы. Особенности патогенеза и диагностики.
33. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы туберкулезной интоксикации детей и подростков.

34. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы первичного туберкулёзного комплекса.
35. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
36. Вторичный туберкулез, клинические формы. Особенности патогенеза и диагностики.
37. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы милиарного туберкулёза лёгких.
38. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы диссеминированного туберкулёза лёгких.
39. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы очагового туберкулёза лёгких.
40. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы инфильтративного туберкулёза лёгких.
41. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы казеозной пневмонии.
42. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы кавернозного туберкулёза лёгких.
43. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких.
44. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы цирротического туберкулёза лёгких.
45. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы плеврита туберкулезной этиологии.
46. Патогенез, клиника, диагностика и исходы эмпиемы плевры.
47. Туберкулез плевры. Клиника, диагностика и исходы.
48. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и исходы туберкулёза верхних дыхательных путей.
49. Кровохарканье. Клиника, диагностика и оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
50. Лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика и оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
51. Ателектазы легкого при туберкулезе. Патогенез, диагностика и лечение.
52. Спонтанный пневмоторакс. Виды. Клиника, диагностика и оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
53. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика туберкулёзного менингита.
54. Туберкулез мочевой системы. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
55. Генитальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
56. Абдоминальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
57. Туберкулёз костей и суставов. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
58. Туберкулёз периферических лимфатических узлов. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
59. Туберкулез глаз. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
60. Туберкулез кожи. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы.
61. Туберкулёз и сахарный диабет.
62. Туберкулез и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

63. Туберкулез и беременность. Туберкулез и материнство.
64. Туберкулез и рак легких.
65. Туберкулёз и ВИЧ - инфекция.
66. Стандартные режимы современной этиотропной терапии туберкулеза.
67. Противотуберкулезные препараты. Классификация.
68. Мониторинг и предупреждение НПР в процессе химиотерапии туберкулеза.
69. Проведение химиотерапии в особых ситуациях. Беременность. Грудное вскармливание.
70. Проведение химиотерапии в особых ситуациях. Сахарный диабет. Почечная недостаточность. Печеночная недостаточность.
71. Проведение химиотерапии в особых ситуациях. ВИЧ-инфекция. ЯБЖ. ЯБДК. Судорожные состояния.
72. Патогенетическая терапия туберкулёза.
73. Искусственный лечебный пневмоторакс. Показания. Противопоказания. Техника выполнения. Осложнения.
74. Искусственный лечебный пневмоперитонеум. Показания. Противопоказания. Техника выполнения. Осложнения.
75. Клапанная бронхоблокация. Механизм действия. Показания. Противопоказания.
76. Хирургическое лечение туберкулеза. Показания. Виды хирургических вмешательств. Основные принципы оптимального сочетания химиотерапии и хирургического лечения.
77. Группировка контингентов противотуберкулёзного диспансера.
78. Химиопрофилактика туберкулёза. Показания. Организация проведения.
79. Превентивное лечение туберкулеза. Показания. Организация проведения.
80. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.
81. Очаги туберкулезной инфекции. Определение понятия. Классификация.
82. Виды вакцин от туберкулеза, их характеристика.
83. Показания и противопоказания к вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М.
84. Показания и противопоказания к ревакцинации БЦЖ.
85. Техника введения вакцин БЦЖ и БЦЖ-М.
86. Реакция организма на введение VCG, наблюдение за течением прививочной реакции. Длительность поствакцинального иммунитета.
87. Осложнения после введения вакцин БЦЖ и БЦЖ-М. Категории осложнений.
88. Алгоритм действия врача при диагностике поствакцинальных осложнений.
89. Клиническая характеристика поствакцинальных осложнений.
90. Лечение поствакцинальных осложнений.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

(теоретическая часть)

ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

Ситуационная задача 1

Больная Т., 35 лет., при обращении к участковому врачу-терапевту предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утром не выше 37°C, вечером до 38,5°C), одышку при умеренной физической нагрузке, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты в течение длительного времени.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулезом не болела. Туберкулезный контакт не выявлен. Рентгенологически обследовалась нерегулярно, последняя флюорография органов грудной полости 5 лет назад (норма).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, левая половина отстает в акте дыхания, перкуторно – укорочение легочного звука слева в верхних отделах, аускультативно – дыхание жесткое, слева в подлопаточной области выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. ЧДД - 23 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/60 мм рт. ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Рост 168 см, вес 52 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%, СОЭ – 48 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 4 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 7 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество, эритроциты отсутствуют.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (3+)

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: выявлена антибиотикорезистентность МБТ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 2

Больной М., 32 года, в течение последнего года отмечает непостоянную температуру (до 37,5°C- 38,0°C) во второй половине дня, кашель с мокротой слизистого характера до 10-15 мл в сутки, прогрессирующую слабость, отсутствие аппетита и потерю веса, прогрессирующую одышку при физической нагрузке. К врачу не обращался, пытался лечиться домашними средствами - без эффекта. Постепенно состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, увеличилось количество мокроты, появился кашель с прожилками крови. Обратился в поликлинику к терапевту, где при обследовании на рентгенограмме органов грудной клетки впервые выявлены изменения в легких. Курит. Страдает хроническим алкоголизмом, циррозом печени. Работает грузчиком. Туберкулезный контакт с другом. Предыдущая флюорография проводилась 10 лет назад (норма).

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 - незначительное притупление легочного звука с обеих сторон, аускультативно – по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелко- и средне-пузырчатые влажные хрипы. ЧДД до 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 92 удара в минуту, АД - 110/60 мм.рт.ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Пастозность голеней и стоп. Рост 184 см, вес 72 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты - $12,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы – 0%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 45 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100 мл, цвет – светло-желтая, реакция – кислая, плотность 1012, белок 0,033 г/л, сахар -, эпителий плоский - 10-12 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 8-12 в п/з, цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/з

Печеночные пробы – билирубин общий 40 мкмоль/л, АЛАТ 80 ЕД, АСАТ 120 ЕД

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 4 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 7 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты: вязкая, лейкоциты – 8-10 в п/з, эритроциты до 20 в п/з.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом ПЦР – выявлены ДНК МБТ, устойчивость к рифампицину, изониазиду, офлоксацину.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 3

Больная Н., 45 лет, в течение 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа (получает метформин). В течение последних 3 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, потливость в ночное время, похудела на 6 кг, кашель с мокротой слизистого характера. Периодически отмечает повышение температуры тела в вечернее время до 37,4°C - 37,7°C. Обратилась к терапевту по месту жительства. Предыдущая флюорография 1,5 года назад (норма). Туберкулезный контакт отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает продавцом.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, достаточного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно – неравномерное притупление легочного звука в проекции верхней доли левого легкого, аускультативно – в этом же отделе на фоне ослабленного дыхания выслушиваются среднепузырчатые влажные хрипы. ЧДД до 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 88 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Периферических отеков нет. Рост 162 см, вес 60 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $9,5,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, эозинофилы – 4%, лимфоциты - 19%, моноциты - 10%, СОЭ – 38 мм/час.

Сахар крови натощак – 12,5 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1022, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения, сахар 3+, ацетон -

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 7 мм через 72 часа.

Даскитест - папула 10 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество, эритроциты отсутствуют.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (3+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: чувствительность МБТ сохранена к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, пипразинамиду.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 4

Больной П., 35 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови в течение 2-х дней.

Предыдущая флюорография 2 года назад (норма). Отмечает контакт с другом, больным туберкулезом легких, по контакту не обследован. Сопутствующих заболеваний не имеет. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает инженером.

Состоит на диспансерном учете у терапевта с диагнозом: Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, гормонзависимая в течение 15 лет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Правильного нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Притупление перкуторного тона справа в проекции верхней доли. В лёгких дыхание везикулярное, справа в надключичной зоне на ограниченном пространстве на фоне ослабленного дыхания выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Рост 178 см, вес 78 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 144 г/л, лейкоциты - $7,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, п/я нейтрофилы - 9%, с/я нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты – большое количество, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 6 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 15 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (1+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: чувствительность МБТ сохранена к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, пиразинамиду.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 5

Больная Ю. 25 лет. В течение четырех месяцев отмечает слабость, снижение аппетита и потерю веса, покашливание. После переохлаждения пять дней назад повышение температуры тела до 37,7°C, кашель со скудной трудноотделяемой мокротой слизистого характера, потливость, нарастание слабости.

Страдает язвенной болезнью желудка в течение 6 лет. Предыдущее флюорографическое обследование 2 года назад – норма. Туберкулезный контакт не выявлен. Работает швеей. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, слева в верхних отделах на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно отмечается неравномерное притупление легочного звука в области верхней доли левого легкого. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Рост 168 см, вес 55 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 110 г/л, лейкоциты - $8,1 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я нейтрофилы - 9%, с/я нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 20%, моноциты - 5%, СОЭ - 37 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.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 7 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 11 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 6

Больной М., 31 год, в течение 3-4 месяцев отмечал нарастание слабости, снижение аппетита, похудание на 12 кг. Затем остро повысилась температура до 39°C, появился озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, потливость в вечернее время, одышка при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. По скорой помощи поступил в терапевтическое отделение, где на рентгенограмме органов грудной клетки выявили изменения в легких. Переведен в противотуберкулезный стационар.

Контакт с больными туберкулезом в местах лишения свободы 10 месяцев назад. Страдает хроническим вирусным гепатитом С в течение 6 лет. Курит, алкоголь употребляет умеренно, употребляет наркотические препараты. В настоящее время не работает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного нормостенического телосложения, пониженного питания. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, акроцианоз. Перкуторно: справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение легочного звука. Аускультативно справа в проекции верхней доли выслушивается ослабленное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. ЧДД – 24 в минуту. ЧСС - 102 удара в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, безболезненная. Пастозность голеней и стоп. Рост 180 см, вес 56 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $13,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 52%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, СОЭ – 64 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. – 8-10 в поле зрения, белок 0,46 г/л, гиалиновые и зернистые цилиндры 6-8 в п/з.

Печеночные пробы – общий билирубин 10,5 мкмоль/л, АЛАТ 60 ЕД, АСАТ 58 ЕД

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскиснтест - уколочная реакция через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, пипразинамиду, стрептомицину, офлоксацину, линезолиду.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 7

Больной Ш., 36 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 15 кг в течение последнего года, кровохарканье, одышку при небольшой физической нагрузке. Ранее туберкулезом не болел. Контакты с туберкулезными больными имел в местах лишения свободы, освобожден 4 года назад. Флюорографически не обследовался в течение 4 лет. В течение 1,5 лет отмечал нарастание слабости, потерю веса, кашель со слизистой мокротой, прогрессирующую одышку. К врачу не обращался. Курит, злоупотребляет алкоголем. Ведет асоциальный образ жизни.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,8°C. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, акроцианоз. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: слева в верхних отделах укорочение легочного звука. Аускультативно слева в проекции верхней доли выслушивается ослабленное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС - 110 удара в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, безболезненная. Пастозность голеней и стоп. Рост 182 см, вес 54 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель - 0,7, лейкоциты - $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 51%, сегментоядерные нейтрофилы – 29%, лимфоциты – 5%, моноциты – 15%, СОЭ – 54 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения, следы белка.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 5 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 4 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (4+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(4+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, стрептомицину, этионамиду, ПАСК.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 110 в мин. Поворот ЭОС вправо. R. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 8

Больной С., 21 год, в течение недели отмечает слабость, сонливость, повышенную раздражительность, потерю аппетита, субфебрилитет по вечерам, кашель сухой, беспокоит непостоянная головная боль без четкой локализации.

Обратился за медицинской помощью в поликлинику к врачу-терапевту, выставлен диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия). На фоне проводимого лечения состояние больного резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли (не купируется анальгетиками), температура повысилась до 39°C, рвота, не связанная с приемом пищи.

Студент. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Семейный туберкулезный контакт, по контакту не обследован. В подростковом возрасте перенес лимфогранулематоз.

При объективном осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, но речь замедлена. Правильного астенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы бледные, язык обложен у корня белым налетом. На коже шеи эритематозные пятна, прикосновение к коже болезненно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Грудная клетка астеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Рост 170 см, масса тела 68 кг. ЧД 24 в мин, перкуторно легочный звук по всем полям, дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС 100 в 1 мин., ритм правильный, тоны сердца ясные. Живот мягкий, несколько вздут, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Осмотр невропатолога: птоз века слева, анизокория, снижение реакции зрачков на свет, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и симптом Брудзинского положительные.

Осмотр окулиста: оптические среды прозрачны, на глазном дне диск зрительного нерва бледно-розового цвета, контуры ступеваны, не просматриваются по всему периметру, вены полнокровны, выражен венный пульс.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 17%, моноциты - 12%, СОЭ - 52 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, следы белка.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - уколочная реакция через 72 часа.

Даскинтест - уколочная реакция через 72 часа.

Анализ промывные воды бронхов микроскопия на КУБ - КУБ (-).

Анализ промывные воды бронхов методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ(-)

ПЦР ликвора: выявлена ДНК МБТ, устойчивость к изониазиду, рифампицину.

Анализ ликвора. Повышенное давление (ликвор вытекает струйно), цитоз - 80 клеток в 1 мкл (нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 96%), хлориды - 70 ммоль/л, сахар - 0,8 ммоль/л, белок - 3,0 г/л. Сахар крови во время пункции - 4,4 ммоль/л

Обзорная рентгенография органов грудной клетки - прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 9

Больной М., 33 года, переведен в противотуберкулезный стационар из инфекционной больницы в тяжелом состоянии. Заболел остро 10 дней назад – поднялась температура до 38,5°C, появились выраженная слабость, потливость, одышка в покое, приступообразный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

В течение 10 лет наблюдается в центре СПИД, в настоящее время – с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования без АРВТ. Хронический вирусный гепатит С». Употребляет в/в наркотические препараты. АРВП не принимает.

При объективном осмотре: – общее состояние тяжелое. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На слизистой оболочке ротовой полости, языке – белый налет. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Пальпируются увеличенные шейные, надключичные лимфатические узлы. Грудная клетка астеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. Аскультативно – по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушиваются крепитирующие хрипы, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту. Печень +4 см из-под края реберной дуги, эластичная, чувствительная. Пастозность голеней и стоп. Рост 185 см, вес 44 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты – $2,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 76%, лимфоциты – 5%, моноциты – 7%, СОЭ - 56 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1012, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения, белок 0,52 г/л, гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскинтест - уколочная реакция через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ(+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пипразинамиду, этионамиду, офлоксацину, линезолиду.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 10

Женщина Р., 47 лет. В возрасте 6 лет перенесла первичный туберкулезный комплекс справа, получила полный курс химиотерапии. Снята с ДУ по выздоровлении. В возрасте 37 лет возник рецидив туберкулезного процесса в виде инфильтративного туберкулеза правого легкого в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Лечилась нерегулярно, отказывалась от приема противотуберкулезных препаратов. Туберкулезный процесс прогрессировал на фоне хронического алкоголизма, сформировалась лекарственная устойчивость МБТ. Не работает, ведет асоциальный образ жизни. Страдает алкогольным циррозом печени.

Жалобы на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Температура 37,6 С. Кожные покровы чистые, бледные, акроцианоз. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 26 в 1 минуту. Отмечается западение грудной клетки справа, межреберья сужены, плечо опущено, атрофия мышц плечевого пояса. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона справа, слева с коробочным оттенком. Дыхание слева жесткое, хрипов нет. Справа дыхание бронхиальное, выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 110 в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп. Рост 168 см, вес 45 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты $5,2 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 150 г/л, лейкоциты $13,6 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 28 мм/ч

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в п/з, эритроциты 1-2 в п/з, лейкоциты 2-3 в п/з, цилиндры гиалиновые 3-4 в п/з, цилиндры зернистые 1-2 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 6 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 7 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, пиразинамиду, этионамиду, офлоксацину, бедаквилину.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 110 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale.

Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 11

Больной Т., 28 лет, изменения в легких выявлены впервые после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки.

Предыдущая флюорография 1 год назад, без патологии. Курит. Алкоголем не злоупотребляет. В течение 6 лет страдает хроническим бронхитом с обострениями 2-3 раза в год. Работает программистом. Туберкулезный контакт с братом в течение последнего года. По контакту не обследован.

Жалоб не предъявляет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 36,6 С. Правильного нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. При аускультации по всем легочным полям отмечается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. ЧСС 78 в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 178 см, вес 76 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $6,6 \cdot 10^9$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 4%, лимфоциты 26%, моноциты 7%, СОЭ 20 мм/ч

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 12 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 13 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(-)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (-)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 12

Мужчина П., 24 года, обратился в поликлинику с жалобами на боли в левой половине грудной клетки при дыхании, сухой кашель, повышение температуры до 37,4°C, слабость. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, сухой болезненный кашель, слабость, потливость, по вечерам температура повышалась до 37,4-37,8. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось.

Контакт с больным туберкулезом отрицает. Последняя флюорография органов грудной клетки - год назад, без патологии. Курит, алкоголем не злоупотребляет.

Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом Сахарный диабет 1 тип в течение 14 лет. Получает инсулин.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Температура 36,9 С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации в этом же отделе дыхание не прослушивается. ЧДД - 23 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 96 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 180 см, вес 78 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

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.

Сахар крови натощак - 18,0 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар 3+, ацетон -, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 21 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 18 мм через 72 часа.

Плевральная пункция. Жидкость соломенно-желтого цвета, белок 36 г/л, плотность 1020, лимфоциты 88%

Анализ плевральной жидкости микроскопия на КУБ - КУБ (-).

Анализ плевральной жидкости методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

ПЦР плевральной жидкости - выявлены ДНК МБТ, чувствительность к рифампицину, изониазиду, офлоксацину сохранена.

Торакоскопия с биопсией плевры. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими, белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окруженные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Пирогова - Лангханса.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки - прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 13

Больной Ж., 20 лет, студент, предъявляет жалобы на боли в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры до 39°C, слабость, потливость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, кашель со скудной мокротой слизистого характера.

Анамнез: в течение 3 недель отмечал повышенную утомляемость, слабость, снижение аппетита, незначительное похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр по вечерам, колющие боли под правой лопаткой. Самочувствие ухудшилось 3 дня назад, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, повысилась температура до фебрильных цифр. Около года назад имел контакт с родственником, больным туберкулезом легких МБТ (+). Предыдущая флюорография 1,5 года назад, без патологии. Состоит на ДУ у нефролога с диагнозом: хронический пиелонефрит.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура 37,4 С. Правильного астенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД – 26 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука справа в нижне-боковых отделах, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Периферических отеков нет. Рост 176 см, вес 74 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ %, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 21 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 22 мм через 72 часа.

Плевральная пункция. Жидкость соломенно-желтого цвета, белок 36 г/л, плотность 1020, лимфоциты 88%

Анализ плевральной жидкости микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ плевральной жидкости методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (-)

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(-)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (-)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 14

Мужчина И., 30 лет, изменения в легких выявлены впервые при профилактическом флюорографическом обследовании.

В прошлом 1,5 года назад имел место туберкулезный контакт с коллегой по работе, профилактические мероприятия не проводились. Флюорография 4 года назад, норма. Соматической патологии не имеет. Курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает программистом. Соматической патологии не имеет.

Жалоб не предъявляет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура 36,6 С. Правильного нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. ЧД – 18 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание бронховезикулярное, хрипов нет. ЧСС - 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 176 см, вес 76 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ %, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 19%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 10 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 12 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, стрептомицину, этамбутолу, пипразинамиду.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 70 в мин. Вертикальная позиция ЭОС.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 15

Больная П., 40 лет, больна туберкулезом легких в течение 8 лет. Приверженности к лечению нет. Злоупотребляет алкоголем, курит. Страдает хроническим вирусным гепатитом В.

Последнее ухудшение состояния наступило 3 дня назад. После физической нагрузки в мокроте появилась примесь крови. Машинной скорой помощи доставлена в туберкулезный стационар, госпитализирован.

При поступлении предъявляла жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кровохарканье, общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, потливость, повышение температуры до 37,8 по вечерам.

Объективно: Общее состояние тяжелое, пониженного питания (рост - 164 кг, вес - 44 кг). Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела - 37,6°C. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. В проекции верхней доли левого легкого определяется тимпанит. При аускультации слева на фоне бронхиального дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД в покое - 26 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Отеки на голенях, стопах. Стул, диурез в норме.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин - 98 г/л; лейкоциты - $14,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 7%, моноциты - 11%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1015, белок 0.33 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия - 4-6 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з, гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойного характера, эритроциты до 30 в п/з, эластические волокна.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 4 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 8 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ - КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, пиперазину, этионамиду, офлоксацину, ПАСК, бедаквилину.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 107 в мин. Поворот ЭОС влево. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 16

У **больного Б.**, 7 лет, выявлены слабость, утомляемость, снижение аппетита, плохой сон, повышенная потливость, особенно в ночное время, повышение температуры тела до 37,2⁰С в вечернее время. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту. Проба Манту с 2 ТЕ папула через 72 часа в возрасте 1 год – 8 мм, 2 года – 7 мм, 3 года – 6 мм, 4 года – 5 мм, 5 лет – 3 мм, в 6 лет – гиперемия.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ сделано в родильном доме - рубчик 5 мм. Ребёнок из очага туберкулезной инфекции. У отца ребенка 6 месяцев назад впервые выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада МБТ(+) МЛУ МБТ (изониазид, рифампицин, этамбутол). Ребенок по контакте не обследован, профилактические мероприятия не проводились.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Правильного нормостенического телосложения, достаточного питания. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. На коже голени высыпания по типу кольцевидной эритемы. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно: по всем полям ясный лёгочный звук. ЧД - 21 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 92 в мин. АД - 105/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 126 см, вес 26 кг.

Осмотрен педиатром, узкими специалистами. Состоит на ДУ по поводу сахарного диабета 1 тип, получает инсулин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 150 г/л; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, эозинофилы - 7%, лимфоциты - 21%, моноциты - 12%, СОЭ - 28 мм/час.

Сахар крови натощак – 7 ммоль/л

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок не обнаружен, глюкоза +, ацетон -, лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 18 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 20 мм через 72 часа.

Анализ промывные воды желудка микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ промывные воды желудка методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 86 в мин. Вертикальное положение ЭОС.

Кал на яйца глист – не обнаружено

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести ребенку.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 17

У больной Б., 5 лет, выявлены сухой кашель, повышение температуры тела до 37,3 °С в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость преимущественно по ночам, снижение аппетита, похудание.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 4 мм. Ребёнок из асоциальной семьи, родители злоупотребляют алкоголем. Данные о предыдущих пробах Манту отсутствуют. Ребенок страдает хроническим синуситом, частые простудные заболевания (5-6 раз в год).

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура 37,4 С. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области с двух сторон. ЧД - 25 в мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 100 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Пальпируются единичные затылочные, заднее-шейные лимфатические узлы, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. На коже голени высыпания по типу кольцевидной эритемы. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 110 см, вес 18 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин - 110 г/л; лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 49%, моноциты - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок не обнаружен, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия - 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 18 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 22 мм через 72 часа.

Анализ промывные воды желудка микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ промывные воды желудка методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (-)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 82 в мин. Вертикальное положение ЭОС.

Кал на яйца глист – не обнаружено

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 18

Больная Л., 19 лет, жалуется на слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела в вечернее время до 37,4 С, кашель с выделением слизистой мокроты. Больной себя считает в течение 4 месяцев. К врачу не обращалась, лечилась симптоматически самостоятельно. Учится в колледже. Флюорографическое обследование проходила только в возрасте 15 лет (норма). Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Туберкулезный контакт с бабушкой, периодический в течение 4 лет. Обследована по поводу контакта первично 4 года назад, позднее не обследовалась. Пациентка страдает хроническим бронхитом, частые простудные заболевания.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,2 С. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии определяется легочный звук. При аускультации - справа по всем легочным полям дыхание везикулярное, слева в верхних отделах легкого выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, чистые. ЧСС – 82 в 1 мин. АД - 110/65 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 164 см, вес 52 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 110 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 17%, моноциты - 15%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок не обнаружен, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 14 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 18 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, этионамиду.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 19

Больной Ч., 25 лет, при поступлении жалобы на резкую слабость, потливость по ночам, кашель с мокротой с примесью алой крови, повышение температуры до 39-40°C во второй половине дня, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при дыхании, сухость во рту, жажду, отсутствие аппетита, похудание за 3 месяца на 10-12 кг. Больным себя считает несколько месяцев – появился кашель со скудной слизистой мокротой, слабость, снижение аппетита. По вечерам температура периодически повышалась до 37,5. Ухудшение самочувствия 2 дня, появились сгустки алого цвета в мокроте. Вызвал КСП.

Из анамнеза выяснено: с 10 лет страдает ИЗСД средней степени тяжести. Предыдущая флюорография 2 года назад (без патологии). Курит, алкоголем не злоупотребляет. Туберкулезный контакт возможен с друзьями.

Объективно: общее состояние тяжелое, температура 39,5°C. Правильного нормостенического телосложения, пониженного питания. Акроцианоз. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 30 в мин. Притупление перкуторного тона в верхних отделах легких. Дыхание с двух сторон жесткое, по всем легочным полям разнокалиберные влажные хрипы. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110 в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печени +2 см из-под края реберной дуги, безболезненная. Рост 186 см, вес 52 кг. Пастозность голеней и стоп.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,6 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 100 г/л; лейкоциты – $15,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 10%, моноциты - 12%, СОЭ - 68 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1024, белок 0,64 г/л, глюкоза 4+, ацетон 1+, лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 5-6 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскинтест - уколочная реакция через 72 часа.

Общий анализ мокроты: бурого цвета, эритроциты до 50 в п/з, эластические волокна.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, этамбутолу, стрептомицину.

Сахар крови натощак – 18,8 мкмоль/л

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 20

Больная Ф., 26 лет, находилась на лечении в противотуберкулезном стационаре с диагнозом: Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка, слабость.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,4°C. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Левая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Перкуторно слева выявляется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно слева дыхательные шумы резко ослаблены. Справа дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная. Периферических отеков нет.

ЧСС 120 в 1 мин., АД - 140/90 мм. рт. ст. ЧД 25 в 1 мин. Рост 168 см, вес 60 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – 4.2×10^9 /л; гемоглобин – 120 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 15%, моноциты - 10%, СОЭ - 54 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1017, белок 0,33 г/л, глюкоза отрицат., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры отрицат.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 10 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к пиразинамиду.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 21

Больной Ж. 27 лет. При поступлении предъявляет жалобы на боли в горле при глотании, осиплость голоса, лихорадку до 38,0-38,5 С, кашель с выделением скудного количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке.

Больным себя считает в течение 4-х месяцев, когда появились боли в горле при глотании, фебрильная лихорадка, снижение аппетита. С диагнозом “хронический тонзиллит, обострение” лечился в участковой больнице 10 дней, получал антибактериальные препараты широкого спектра действия, местное лечение. Состояние не улучшалось, больной похудел, появился кашель с мокротой слизистого характера. При рентгенологическом обследовании были выявлены изменения в легких. Направлен для дообследования и лечения в туберкулезный диспансер.

Контакт с больными туберкулезом не выявлен. Предыдущая флюорография 1,5 года назад – легкие без очаговых теней. Курит, злоупотребляет алкоголем, не работает. Состоит на ДУ у онколога с диагнозом: хронический лимфолейкоз.

Объективно - Состояние средней степени тяжести. Правильного нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, акроцианоз. Перкуторно с двух сторон тимпанит. Аускультативно дыхание с обеих сторон жесткое, на уровне остей лопаток при покашливании - влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3 см из-под края реберной дуги, эластичная. Пастозность голеней и стоп.

Пульс 110 в 1 мин., АД 100/60 мм. рт. ст. ЧД 26 в 1 мин. Температура тела 37,8 С. Рост 184 см, вес 61 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 100 г/л; лейкоциты – $13,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 4%, моноциты - 18%, СОЭ - 48 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1018, белок 0,33 г/л, глюкоза отрицат., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 1-2 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 3-4 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 14 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду.

Осмотр ЛОР-врачом - Заключение: Туберкулез гортани, инфильтративный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 22

Больной 3., 42 года, при поступлении жалобы на одышку при умеренном физическом напряжении, кашель с выделением скудного количества слизисто-гноной мокроты, периодически в мокроте прожилки крови, слабость, снижение аппетита, постепенное похудание. Туберкулезный контакт возможен в тюрьме, освобожден 3 года назад. Больным себя считает в течение последних нескольких лет. Беспокоил кашель с мокротой, нарастающая одышка. Периодически повышение температуры тела до 37,5°C. В течение этого времени неоднократно лечился амбулаторно по поводу обострения хронического бронхита, рентгенологически не обследовался около 8 лет. Курит. Алкоголем злоупотребляет. Постоянной работы не имеет. Страдает хроническим вирусным гепатитом С, ранее употреблял наркотические препараты.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. ЧД в покое 28 в 1 мин., субиктеричность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пастозность в области голеней, ЧСС 100 в 1 мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Грудная клетка астеническая, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии легких с двух сторон укорочение перкуторного звука в верхних легочных полях, в нижних - с коробочным оттенком. При аускультации по всем легочным полям сухие свистящие хрипы, в верхних отделах мелкопузырчатые хрипы после покашливания. При исследовании сердца определяется усиленный сердечный толчок, акцент и раздвоение II тона над клапанами легочной артерии. Печень выступает на 4 см из-под реберного края, гладкая, болезненная. Температура тела 37,6°C. Рост 176 см, вес 53 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 94 г/л; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 16%, моноциты - 9%, СОЭ - 46 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1018, белок 0,33 г/л, глюкоза отрицат., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 10-12 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 3-4 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 4 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 6 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты: слизисто-гноная, лейкоциты 15-20 в п/з

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, этамбутолу.

ЭКГ. Ритм синусовый, тахикардия - 100 в 1 мин.; отклонение ЭОС вправо. Зубец РИ высокий, заостренный. Высокий зубец R в aVR, в VI зубец S < 2 мм, в V5 зубец S > R.

Печеночные пробы: общий билирубин 60 мкмоль/л, АЛАТ 120 ЕД, АСАТ 88 ЕД

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 23

Больная И., 25 лет, доставлена КСМП в приемный покой ЦРБ. На момент осмотра беспокоит сильная головная боль, тошнота, периодически рвота, не приносящая облегчение, резкая слабость, нарушение зрения, повышение температуры тела до 38,0°C. Из анамнеза выяснено, месяц назад у больной были срочные роды, завершившиеся рождением здорового ребенка. Неделю назад появилась головная боль, усиливающаяся с каждым днем. Аналгетики приносили временное облегчение. Два дня назад появилась рвота, поднялась температура тела до 38,8°C. Туберкулезный контакт с мужем, по контакту не обследована. Пациентка страдает системной красной волчанкой в течение 5 лет, длительно принимает метипред в суточной дозе 16 мг. Предыдущая флюорография 2 года назад – без патологии.

При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести, в сознании, но речь замедлена. Температура 38,0 С. Правильного астенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы бледные, язык обложен у корня белым налетом. На коже шеи эритематозные пятна, прикосновение к коже болезненно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка нормостеническая. ЧД 24 в мин. При перкуссии легочный звук по всем полям, дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС 100 в 1 мин., ритм правильный, тоны сердца ясные. Живот мягкий, несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Самостоятельного стула нет в течение 2 суток. Рост 162 см, вес 57 кг.

Осмотр невропатолога: птоз века слева, анизокория, снижение реакции зрачков на свет, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и симптом Брудзинского положительные.

Осмотр окулиста: оптические среды прозрачны, на глазном дне диск зрительного нерва бледно-розового цвета, контуры ступеваны, не просматриваются по всему периметру, вены полнокровны, выражен венный пульс.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^9/\text{л}$; гемоглобин – 132 г/л; лейкоциты – $6,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 10%, моноциты - 12%, СОЭ - 52 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1018, белок 0,033 г/л, глюкоза отрицат., лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 10-12 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 1-2 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскис-тест – уколочная реакция через 72 часа.

Анализ промывные воды бронхов микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ промывные воды бронхов методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: чувствительность МБТ сохранена к ПТП.

Анализ спинномозговой жидкости: слабо ксантохромная, мутная, реакция Панди (3+), белок 0,9 г/л. Цитоз 183 клеток в 1 мкл, сеточка выпала, лимфоциты 66%, нейтрофилы 34 %, сахар 1,17 ммоль/л, МБТ не выявлены.

Сахар крови – 5,6 ммоль/л

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса. Какое дообследование необходимо провести.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 24

Больной Р., 28 лет. Около двух месяцев назад появилась утомляемость, снижение аппетита, потливость, сухость во рту, сухой кашель. Постепенно состояние ухудшалось - начал беспокоить кашель с выделением гнойной мокроты, имело место кровохарканье, температура тела повысилась до 38-39 С, одышка при незначительной физической нагрузке. Похудел на 18 кг.

6 лет назад на фоне злоупотребления алкоголем – панкреонекроз. В дальнейшем к врачу не обращался, гликемию не контролировал, продолжал злоупотреблять алкоголем. Флюорографическое обследование около 10 лет назад – без патологии.

Объективно – Общее состояние тяжелое. Правильного нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, влажные, горячие на ощупь. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Притупление перкуторного тона в верхних отделах легких. В легких по всем легочным полям жесткое дыхание, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 114 в 1 мин., АД - 90/60 мм.рт.ст. ЧД 26 в 1 мин. Температура тела 37,8 С. Живот мягкий. Печень +4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Отеки до середины голени. Рост 180 см, вес 54 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – 3.4×10^9 /л; гемоглобин – 100 г/л; лейкоциты – $14,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 22%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 4%, моноциты - 12%, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ - 58 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1018, белок 0,033 г/л, глюкоза 4+, ацетон 2+, лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 10-12 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 6-8 в п/з.

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскинтест – уколочная реакция через 72 часа.

Общий анализ мокроты - слизисто-гнойная, жидкая, лейкоциты на все поле зрения, эритроциты - 20-30 в поле зрения, эпителиальные клетки - большое количество, эластические волокна.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к стрептоцину, этамбутолу, пиперазиду.

Сахар крови натощак – 20,6 ммоль/л

Электрокардиография - синусовая тахикардия 114 в мин. Диффузные дистрофические изменения в миокарде

Спирография - нарушение вентиляции по рестриктивно-обструктивному типу соответственно дыхательной недостаточности 2 степени.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 25

Больной М., 32 года. В прошлом заболеваний органов дыхания не отмечалось. Флюорографические исследования проводились регулярно. Находился в тюрьме в течение 4 лет, освобожден 6 месяцев назад. В течение последних 3-4 месяцев беспокоит слабость, повышение температуры тела до 37,6°C, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, периодически боли в грудной клетке справа в подлопаточной области при дыхании. Обратился в поликлинику к участковому врачу.

Курит, злоупотребляет алкоголем. Страдает хроническим вирусным гепатитом В. Флюорографическое обследование 5 лет назад – без патологии.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,6 С. Правильного нормостенического телосложения, пониженного питания. Бледность кожных покровов, гипергидроз. ЧСС 23 в 1 мин. Перкуторный звук укорочен справа латерально и спереди на уровне П-Ш межреберий. Дыхание справа в верхних отделах жесткое, хрипы влажные мелко и среднепузырчатые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 92 в 1 мин. АД 105/65 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень +4 см из-под края реберной дуги, эластичная, чувствительная. Периферических отеков нет. Рост 186 см, вес 60 кг.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – 3.3×10^9 /л; гемоглобин – 102 г/л; лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 10%, моноциты - 7%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1018, белок 0,033 г/л, глюкоза 4+, ацетон 2+, лейкоциты 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия – 10-12 в п/з, эритроциты не обнаружены, гиалиновые и зернистые цилиндры 1-2 в п/з.

Печеночные пробы: общий билирубин 22,4 мкмоль/л, АЛАТ 50 ЕД, АСАТ 84 ЕД

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм через 72 часа.

Даскитест – папула 12 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты - слизисто-гноющая, жидкая, лейкоциты до 30 в п/з, эритроциты – не обнаружены, эпителиальные клетки - большое количество, эластические волокна.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к рифампицину.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 26

Больная Ч., 29 лет, в течение последнего года отмечает непостоянную температуру (до 37,3°C- 37,7°C) во второй половине дня, кашель с мокротой слизистого характера до 10-15 мл в сутки, прогрессирующую слабость, отсутствие аппетита и потерю веса, прогрессирующую одышку при физической нагрузке, частый жидкий стул.

Состоит на учете в СПИД-центре в течение 7 лет с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия 4 Б, фаза прогрессирования без АРВТ. Хронический вирусный гепатит С. Курит, употребляет наркотические препараты, постоянной работы не имеет. Туберкулезный контакт возможен с друзьями.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 С. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные бледные, склеры субиктеричны. Слизистые оболочки ротовой полости, язык обложены белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно - незначительное притупление легочного звука с обеих сторон, аускультативно – по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы. ЧДД до 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 102 удара в минуту, АД - 90/60 мм.рт.ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень +4 см из/под края реберной дуги, эластичная, слегка болезненная. Пастозность голеней и стоп. Рост 166 см, вес 40 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 88 г/л, лейкоциты – $2,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы – 0%, лимфоциты - 5%, моноциты - 14%; СОЭ – 55 мм/час.

Печеночные пробы – общий билирубин 26,6 мкмоль/л, АЛАТ 50 ЕД, АСАТ 68 ЕД

Общий анализ мочи: количество 100 мл, цвет – светло-желтая, реакция – кислая, плотность 1012, белок 0,033 г/л, сахар -, эпителий плоский - 10-12 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 8-12 в п/з, цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/з

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – уколочная реакция через 72 часа.

Даскинтест - уколочная реакция через 72 часа.

Общий анализ мокроты: вязкая, лейкоциты – 8-10 в п/з, эритроциты до 5-7 в п/з.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Анализ мокроты методом ПЦР – выявлены ДНК МБТ, устойчивость к рифампицину, изониазиду, офлоксацину.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, 102 в минуту. Вертикальная позиция ЭОС. Дистрофические изменения в миокарде.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 27

Больная Х., 26 лет, болеет туберкулезом легких в течение 2 лет. При выявлении установлен диагноз: Инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада МБТ (+). Лекарственной резистентности МБТ не установлено. Лечилась стационарно, затем амбулаторно. Противотуберкулезные препараты принимала регулярно. Была достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика, абациллирована. Однако полного рассасывания туберкулезного процесса не наступило.

Соматической патологии не имеется. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, по профессии повар.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Правильного нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. ЧД – 18 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание бронховезикулярное, хрипов нет. ЧСС - 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 168 см, вес 66 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы – 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%; СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 6 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(-)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (-)

Трахеобронхоскопия - изменений не выявлено.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 28

Больной Ш., 47 лет, болен туберкулезом легких в течение 14-ти лет. Многократно лечился стационарно и амбулаторно. Злоупотребляет алкоголем. Приверженности к лечению не имеет, часто прерывает лечение самовольно.

Резкое ухудшение состояния наступило 2 дня назад. После приступа надсадного кашля выделил около 300 мл крови. Каретой скорой помощи доставлен в туберкулезный стационар, госпитализирован. При поступлении предъявлял жалобы на одышку в покое, примесь крови в мокроте, общую слабость, снижение аппетита, потливость, лихорадку во второй половине дня до 38,4 С. Страдает хроническим вирусным гепатитом С.

Объективно - Состояние крайне тяжелое, истощен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Фаланги пальцев рук в виде барабанных палочек, ногти по типу часовых стекол. Грудная клетка астеническая, правая половина отстаёт в акте дыхания. Перкуторный тон справа с коробочным оттенком, справа - легочный звук. Аускультативно справа амфорическое дыхание, шум свиста и писка; слева дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 114 в 1 мин., АД 80/50 мм.рт.ст. ЧД 32 в 1 мин. Температура тела 38,8 С. Язык обложен белым налетом, подсыхает. Печень пальпируется на 5-6 см ниже края реберной дуги, болезненная. Отеки на голенях и стопах. Рост 184 см, вес 46 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови - Гемоглобин - 80 г/л, Эритроциты - $2,6 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты - $16,8 \cdot 10^9$, Метамиелоциты - 10%, Палочкоядерные - 29%, Сегментоядерные - 43%, Эозинофилы - 0%, Базофилы - 0%, Лимфоциты - 9%, Моноциты - 9%, СОЭ - 75 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов

Общий анализ мочи - количество - 100 мл, прозрачная, соломенно-желтая, плотность - 1002, белок - 9,3 г/л, эпителий плоский - 13-15 в поле зрения, эритроциты - единичные, лейкоциты - 5-6 в поле зрения. Суточный диурез: введено 3400 л, выделил 1200 л.

Общий анализ мокроты - цвет - бурая, лейкоциты - до 30 в поле зрения, эпителий - до 6 в поле зрения, эритроциты - большое количество

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 5 мм через 72 часа.

Даскитест – папула 6 мм через 72 часа.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (+).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Анализ мокроты методом посева на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) - МБТ (+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу, стрептомицину, канамицину, офлоксацину, этионамиду, ПАСК, циклосерину.

Трахеобронхоскопия – туберкулез правого главного бронха.

ЭКГ Ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в мин. Поворот ЭОС влево. R. pulmonale, высокие зубцы. Диффузные дистрофические изменения в миокарде.

Печеночные пробы: билирубин общий 18,3 мкмоль/л, АЛТ=АСТ- 60 ЕД, сулемовая проба - 1,08 мл

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 29

Больной Ф., 16 лет, студент. Хроническими заболеваниями не страдает. Последнее флюорографическое обследование 1 год назад (без патологии). Полгода назад был длительный контакт с родственником, который болен фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, МБТ +.

Около 3-х недель назад на фоне полного здоровья появилась повышенная утомляемость, слабость, потливость по ночам, плохой аппетит, периодически во второй половине дня на несколько часов температура повышалась до 37 С и снижалась до нормы без приема жаропонижающих средств. Через 2 недели после начала заболевания возникли боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании, болезненное сухое покашливание. К врачу не обращался. Состояние постепенно ухудшалось - лихорадка до 38-39 С, выраженная слабость, ознобы, потливость. Боли в грудной клетке уменьшились, но появилась и стала постепенно нарастать одышка, чувство тяжести в левой половине грудной клетки. Похудел на 4 кг.

Страдает хроническим синуситом, часто простудные заболевания.

При осмотре – Общее состояние средней степени тяжести, достаточного питания. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые. Температура 38,8 С ЧД 26 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки выбухают. При пальпации болезненность и напряжение мышц плечевого пояса и грудной клетки слева, там же резко снижено голосовое дрожание, сердечный толчок смещен вправо. При перкуссии определяется интенсивное притупление перкуторного тона слева по лопаточной и подмышечным линиям, сзади доходящее до середины лопатки. Аускультативно слева в легком ниже угла лопатки дыхание не выслушивается, выше - резко ослаблено. Справа дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 120 в 1 мин., АД - 90/60 мм.рт.ст. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Рост 180 см, вес 76 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови - Гемоглобин - 130 г/л, Эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}$, Лейкоциты - $10,8 \cdot 10^9$, Палочкоядерные - 8%, Сегментоядерные - 65%, Эозинофилы - 7%, Базофилы - 0%, Лимфоциты - 8%, Моноциты - 12%, СОЭ - 54 мм/ч

Общий анализ мочи – без патологии

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 22 мм через 72 часа.

Даскинтест – папула 23 мм через 72 часа.

Анализ промывных вод бронхов микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ промывных вод бронхов методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(-)

Анализ плевральной жидкости: прозрачная жидкость лимонно-желтого цвета с обильной пеной. Удельный вес 1032, количество белка 40 г/л. Цитология мазка - лимфоциты 80%, нейтрофилы 12%, эозинофилы 8%, единичные клетки мезотелия, МБТ и клеток с признаками атипии не обнаружено.

ПЦР плевральной жидкости – МБТ не обнаружено

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса. Какое дообследование необходимо провести.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Ситуационная задача 30

Больная Р., 45 лет. В течение последних 3-4 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, потливость в ночное время, снижение аппетита, похудела на 4 кг, кашель с мокротой слизистого характера. Периодически отмечает повышение температуры тела в вечернее время до 37,4°C - 37,7°C. Обратилась к терапевту по месту жительства.

Предыдущая флюорография 1,5 года назад (норма). Туберкулезный контакт с мужем, у которого туберкулез выявлен 1,5 года назад. От проведения химиопрофилактики пациентка отказалась. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает учителем в колледже. Пациентка состоит на учете у нефролога с диагнозом хронический гломерулонефрит в течение 15 лет, принимает метилпреднизолон в суточной дозе 40 мг.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, достаточного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно – ясный легочный звук, аускультативно дыхание жесткое по всем легочным полям, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 88 ударов в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот правильной формы, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Периферических отеков нет. Рост 166 см, вес 64 кг.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $9,5,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, эозинофилы – 4%, лимфоциты - 19%, моноциты - 10%, СОЭ – 38 мм/час.

Креатинин крови – 140 мкмоль/л

Мочевина крови – 12,6 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок 4.3 г/л, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения, сахар -, эритроциты – 20-24 в п/з, гиалиновые и зернистые цилиндры – 18-20 в п/з

Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 5 мм через 72 часа.

Даскинтест - папула 6 мм через 72 часа.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество, эритроциты отсутствуют.

Анализ мокроты микроскопия на КУБ – КУБ (-).

Анализ мокроты методом посева на ППС (Левенштейна-Йенсена) - МБТ(+)

Антибиотикограмма: устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, этамбутолу.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки – прилагается.

Вопросы:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»**

Выберите один правильный ответ

1. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют
микобактерии человеческого типа
микобактерии птичьего типа
атипичные микобактерии
микобактерии бычьего типа

2. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении микобактерий метод исследования
культуральный посев
люминесцентная микроскопия
бактериоскопия
биохимическое исследование

3. Палочка Коха может трансформироваться в
L-формы
риккетсии
вирусы
кокки

4. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса
сахарный диабет
тиреотоксикоз
микседема
кортико-адреналовая недостаточность
акромегалия

5. В клинической практике чаще всего наблюдается
аэрогенный путь заражения
алиментарный путь заражения
трансплацентарный путь заражения
контактный путь заражения

6. Вне зависимости от путей проникновения туберкулезной инфекции в организм чаще поражаются туберкулезом
органы дыхания
желудочно-кишечный тракт
мочевыделительные органы
кровообразование
опорно-двигательный аппарат

7. При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладают
клеточный фактор иммунитета
гуморальный фактор иммунитета
клеточно-гуморальный фактор иммунитета
8. В состав первичного комплекса входят
легочный очаг, специфический лимфангит и туберкулез регионарных лимфатических узлов
легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов
специфический эндобронхит, легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов
9. Понятие "экзогенная суперинфекция" включает
проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм
проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
повторное проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
10. "Первичный туберкулез" - это
заболевание, возникшее вскоре после инфицирования
туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
первичный туберкулезный комплекс
11. Вторичные формы туберкулеза - это
заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации незаживших очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением
туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста
легочная локализация туберкулеза
12. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины класса
А
Е
G
М
13. Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения являются
альфа 1-антитрипсин и альфа 1-антихимопсин
интерлейкины
простагландины
14. Газообмен в легком осуществляется в
ацинусе легкого
паренхиме легкого

дольке легкого

15. Ацинус дренируется
терминальной бронхиолой
бронхом 12-го порядка
мембранным бронхом
респираторной бронхиолой
16. Основным типом аллергической реакции при туберкулезе является
замедленный ответ
немедленный ответ
поздний ответ
17. Специфичной морфологической реакцией для туберкулезного воспаления является скопление в очаге поражения
эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Лангганса
лимфоидных клеток
нейтрофильных клеток
18. Казеозный некроз
как правило, наблюдается при туберкулезе, редко встречается при другой патологии
специфичен для туберкулеза, он не встречается при других заболеваниях
не является специфичной тканевой реакцией для туберкулеза, он встречается при раке, саркоидозе и некоторых других болезнях
19. Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Лангганса наблюдается
при туберкулезе, саркоидозе, раке, бериллеозе и некоторых других заболеваниях
только при туберкулезе
при туберкулезе и саркоидозе
20. Туберкулезный бугорок представляет собой
гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса, в центре которой имеется участок казеозного некроза
инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Лангганса
21. Жалобы больного туберкулезом
неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания
специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
22. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения

как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям

наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза

семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию

23. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью

клинических методов исследования

флюорографических методов исследования

лабораторных методов исследования

24. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

флюорографическим методом исследования

клиническим методом исследования

лабораторным методом исследования

25. Туберкулезу органов дыхания более свойственно

подострое начало заболевания

острое начало заболевания

бессимптомное начало заболевания

26. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило

нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны

имеется полное соответствие

нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата

27. Участок поражения легкого туберкулезом определяется с помощью перкуссии при его субплевральном расположении и размере от

4-5 см

2-3 см

7-8 см

28. Участок уплотнения легочной ткани определяется методом перкуссии при его расположении в

субплевральном отделе

промежуточном отделе легкого

глубине легкого

29. Сухие хрипы в легких при дыхании возникают в

бронхах

респироне легкого и респираторных бронхиолах

терминальных бронхиолах

строме легкого

30. Мелкопузырчатые влажные хрипы в легких возникают обычно при поражении

мелких (мембранных) бронхов

бронхов среднего калибра (5-8-го порядка)

крупных (1-4-го порядка) бронхов

31. Облегчает обнаружение хрипов в легких
подкашливание с последующим резким вдохом
форсированное дыхание больного
кашель
32. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает
очаговый туберкулез легких
инфильтративный туберкулез легких
диссеминированный туберкулез
фиброзно-кавернозный туберкулез
цирротический туберкулез
33. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается
инфильтративный туберкулез легких
очаговый туберкулез легких
туберкулема легких
34. Основной целью массовой туберкулинодиагностики являются
выявление детей больных туберкулезом
выделение групп повышенного риска для их дообследования в противотуберкулезном диспансере
отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
отбор контингента для стационарного лечения
определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования
35. Туберкулины - это
препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных
препараты, позволяющие выявить только инфицирование
специфичные аллергены
36. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать с
обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях
флюорографии в прямой и боковой проекциях
рентгеноскопии в различных проекциях
томографии легких в прямой и боковой проекциях
томографии средостения в прямой и боковой проекциях
37. С помощью латерографии можно получить информацию о
наличии свободной жидкости в плевральной полости
сращениях в плевральной полости
протяженности осумкования жидкости в плевральной полости
38. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить состояние
капиллярного кровотока легких
мелких сосудов легких
крупных сосудов легких
мелких и крупных сосудов легких

39. Полиморфизм очаговых теней в легких определяют все перечисленные ниже признаки, кроме

- разной их локализации**
- разной их величины
- разного характера их контура
- разной их формы
- разной их интенсивности

40. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить **предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения**

- скиалогическую характеристику патологического процесса
- морфологическую характеристику патологического процесса

41. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана при **язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет**

- инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
- локальном катаральном эндобронхите
- разлитом гипертрофическом эндобронхите

42. Торакоскопия показана при **выпотных плевритах неясной этиологии**

- выпотных плевритах раковой природы
- метапневматическом выпотном плеврите

43. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана при **субплевральной локализации поражения**

- перибронхиальной локализации поражения
- прикорневой локализации процесса

44. Больному с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением легкого, природу которого не удалось уточнить с помощью трансбронхиальной биопсии легкого, а также при трансторакальной биопсии легкого иглой для выявления диагноза заболевания следует рекомендовать

- открытую биопсию легкого**
- динамическое наблюдение
- пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии

45. Больного с шаровидным образованием в легком, природу которого уточнить в ходе обследования не удалось, решили назначить на операцию - это

- диагностическая торакотомия**
- резекция легкого
- открытая биопсия легкого

46. Больного с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением в легком с помощью клинко-рентгенологического и лабораторных методов исследования уточнить природу изменений не удалось. Трансторакальные биопсии легкого иглой и биопсия во

время фибробронхоскопии - оказались безрезультатными. Больного назначили на операцию

открытую биопсию легкого
краевую резекцию легкого
диагностическую торакотомию

47. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является

туберкулинодиагностика
обследование по контакту
выявление по обращаемости
бактериологические исследования

48. К критериям туберкулезной интоксикации как формы туберкулеза у детей относится

синдром функциональных нарушений
локальные формы первичного туберкулеза
легочные изменения

49. Типичным изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является

казеозный некроз
гиперплазия лимфоидной ткани
перифокальное воспаление
кальцинация

50. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это

туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом
первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

51. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

синдром интоксикации
сухой кашель
влажный кашель
боли в груди

52. Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать с

острой пневмонией
раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
пороком развития легкого
эозинофильным инфильтратом

53. При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных, кроме

учета того, что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты

выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ
подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза
удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах

54. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

формируются при выраженном казеозном некрозе
формируются всегда
не формируются
формируются в порядке исключения

55. Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит от

выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
характера проведенного лечения
величины лимфатического узла
наличия или отсутствия осложнений процесса

56. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - это

заболевание туберкулезом первичного или вторичного периода инфекционного процесса, основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфатических узлов
туберкулез органов дыхания с обязательным поражением внутригрудных лимфатических узлов
туберкулез первичного периода с поражением внутригрудных лимфатических узлов
туберкулез с локализацией во внутригрудных лимфатических узлах

57. Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов отличает от опухолевой следующий рентгенологический признак

наружный контур тени нечеткий
тень корня расположена обычно
тень корня расширена
структура тени корня смазана
тень корня деформирована

58. Впервые выявленные кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что

необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений
туберкулезный процесс потерял активность
туберкулезный процесс находится в фазе кальцинации
туберкулез перешел в хроническую стадию

59. Диссеминированный туберкулез легких - это

распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения
гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких
распространенное двустороннее поражение легких

60. Путиами распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме
капельно-аэрогенного
гематогенного
лимфогенного
бронхогенного
61. Диссеминированный туберкулез легких может протекать по всем перечисленным клиническим вариантам, кроме
рецидивирующего
острого
подострого
хронического
62. При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза легких в первую очередь поражаются
межуточная ткань
паренхима
бронхи
плевра
63. Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются
легкие и печень
легкие и селезенка
печень и селезенка
селезенка и почки
почки и оболочки головного мозга
64. Для острого милиарного туберкулеза легких характерно
отсутствие бактериовыделения
обильное бактериовыделение
скудное бактериовыделение
65. Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе
мелкий
средний
крупный
разный
66. Деструктивные изменения в легких при остром милиарном туберкулезе
встречаются редко
не встречаются
встречаются часто
67. Внеторакальные локализации процесса при остром милиарном туберкулезе
встречаются часто
не наблюдаются
встречаются редко

68. Клинические признаки, позволяющие заподозрить у больного острый милиарный туберкулез - это

лихорадка, постепенно нарастающая одышка при отсутствии в легких физикальной симптоматики, тахикардия

лихорадка, одышка, сильный сухой кашель, рассеянные сухие хрипы в легких
лихорадка, кашель с мокротой, рассеянные сухие и локальные влажные хрипы в легких

69. Для подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при его выявлении характерны следующие начальные проявления, кроме

внезапного

постепенного

малосимптомного

70. Для полостей распада при подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких характерно все перечисленное, кроме

ландкартообразного внутреннего контура

симметричного расположения полостей в обоих легких
штампованного вида их стенки

71. При подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких внеторакальные локализации процесса

встречаются часто

встречаются редко

не наблюдаются

72. Деструктивные изменения в легких при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких

возможны

имеют место всегда

не встречаются

73. Внеторакальные локализации при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких

встречаются часто

встречаются редко

не наблюдаются

74. Лимфогенный диссеминированный туберкулез легких - это

рассеянный процесс в легких, в основе которого лежит поражение лимфатических путей с формированием множественных очаговых и распространенных интерстициальных изменений

рассеянное поражение легких с преимущественной локализацией в пределах глубоких и поверхностных лимфатических путей

рассеянное поражение легких с преобладанием интерстициальных изменений

75. Начальными проявлениями лимфогенного диссеминированного туберкулеза легких является все перечисленное, кроме

острого начала

подострого начала

малосимптомного начала

отсутствия симптомов

76. Для лимфогенного диссеминированного туберкулеза легких характерны приведенные варианты выявления микобактерий, кроме

- обильного**
- скудного
- не обнаружено

77. При лимфогенном диссеминированном туберкулезе поражение легких характеризуется всем перечисленным, кроме

- симметричности**
- асимметричности
- ограниченности
- распространенности

78. При лимфогенном диссеминированном туберкулезе размер очагов в легких преимущественно

- мелкий**
- средний
- крупный
- разный

79. Внеторакальные локализации процесса при лимфогенном диссеминированном туберкулезе легких

- не характерны**
- встречаются редко
- встречаются часто

80. Бронхогенный диссеминированный туберкулез легких - это

- рассеянное поражение легких, обусловленное специфическим процессом в бронхах с преимущественной локализацией в их дистальных отделах и формированием множественного очагового характера затемнений в легочной ткани**
- рассеянное поражение легких вследствие распространения инфекции по бронхиальным путям, имеющие источником деструктивный процесс в легких или внутригрудных лимфатических узлах
- распространенное поражение туберкулезом дистальных отделов бронхиального дерева

81. Начальные проявления заболевания при бронхогенном диссеминированном туберкулезе легких бывают

- разнообразные**
- выраженные
- стертые
- бессимптомные

82. Морфологические изменения в легких при бронхогенном диссеминированном туберкулезе легких включают все перечисленное, кроме

- обширных казеозных**
- экссудативных
- продуктивных

83. Для поражения легких при бронхогенном диссеминированном туберкулезе более характерно все перечисленное, кроме
симметричности
асимметричности
ограниченности
распространенности
84. При бронхогенном диссеминированном туберкулезе легких внеторакальные локализации процесса
не характерны
встречаются редко
встречаются часто
85. Очаговый туберкулез легких - это
туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием одиночных или множественных очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах одного-двух сегментов
туберкулезный процесс ограниченной протяженности
туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидном течении
туберкулезный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в легких
86. Основными клинико-рентгенологическими вариантами очагового туберкулеза легких являются все указанные ниже, кроме
неактивного
свежего (мягко-очагового)
хронического (фиброзно-очагового)
87. Основными путями распространения инфекции при очаговом туберкулезе легких могут быть все перечисленные ниже, кроме
гематогенного
лимфогенного
бронхогенного
88. Рентгенологически очаг в легких определяется
как любая пятнистого характера тень диаметром до 1 см
как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого
любое патологическое образование размером поражения не более 1 см³
89. Гемограмма у больных с впервые выявленным очаговым туберкулезом легких чаще характеризуется всем указанным ниже, кроме
выраженных патологических сдвигов и резко ускоренной СОЭ
умеренных патологических сдвигов и незначительной ускоренной СОЭ
отсутствия патологических сдвигов и нормальной СОЭ
90. Локализация в пределах сегмента при очаговом туберкулезе легких характеризуется чаще
поражением его кортикальных отделов

поражением всего сегмента
поражением его центральных отделов

91. Взаимное расположение очагов при очаговом туберкулезе легких чаще представлено **групповым расположением очагов**
равномерным поражением
густым расположением очагов
хаотичным их расположением
92. Полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются **относительно тонкими, но неравномерно утолщенными стенками**
тонкими стенками
толстыми стенками
наличием горизонтального уровня жидкости
93. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются **размытыми**
четкими
закономерности не выявляется
94. Достоверными признаками активности очаговых изменений в легких являются все перечисленные ниже, кроме **высокой лихорадки и резких сдвигов в гемограмме и протеинограмме**
жалоб на слабость, повышенной утомляемости, небольшого кашля со скудной мокротой
положительной реакции Манту и положительной белково-туберкулиновой пробы
обнаружения микобактерий туберкулеза
положительных рентгенологических сдвигов при пробной химиотерапии
95. При своевременном выявлении с эффективным лечением у большинства больных очаговым туберкулезом легких наблюдается **формирование малых остаточных изменений**
полное рассасывание изменений в легких
формирование больших остаточных изменений
96. Инфильтративный туберкулез легких - это **туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре**
туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
97. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь **из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения**
из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза
из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза
98. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено **степень выраженности специфического воспаления и его распространенность**
поражение бронха

наличие ателектатических изменений
объем поражения легкого
клинические проявления болезни

99. Лобулярный инфильтрат характеризуется
умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания

отсутствием клинических проявлений заболевания
наличием симптомов локального бронхита
наличием влажных хрипов в легком

100. Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются

однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг
однородный круглый фокус с очагами вокруг
неоднородный участок затемнения с очагами вокруг
треугольный неоднородный участок с очагами вокруг

101. Клинико-рентгенологический синдром лобулярного инфильтрата требует дифференциальной диагностики с

очаговой пневмонией
доброкачественной опухолью
ретенционной кистой
эхинококком

102. При эффективном лечении лобулярного инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде

плотных очагов
ограниченного пневмосклероза
туберкулемы
сегментарного цирроза

103. Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики с

раком легкого
пневмонией
эхинококком
доброкачественной опухолью
ретенционной кистой

104. При эффективном лечении круглого инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде

плотного очага с умеренным пневмосклерозом
участка пневмосклероза
туберкулемы
сегментарного цирроза

105. Облаковидный инфильтрат характеризуется

клиническими признаками пневмонии
клиническими симптомами бронхита
отсутствием клинических проявлений
болями на стороне поражения

повышением температуры тела

106. Наиболее характерными рентгенологическими признаками облаковидного инфильтрата являются

- неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами**
- неоднородный неправильный фокус с очагами
- неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами
- однородный неправильный участок затемнения с очагами
- однородный треугольной формы участок затемнения с очагами

107. Наиболее характерными рентгенологическими признаками периссиссурита являются

- неоднородный треугольной формы участок с очагами**
- неоднородный неправильный фокус с очагами
- неоднородный участок затемнения с очагами
- однородный участок затемнения с очагами
- однородный треугольной формы участок затемнения с очагами

108. При эффективном лечении периссиссурита чаще формируется

- цирроз или участок пневмосклероза с очагами**
- участок пневмосклероза
- участок пневмосклероза с очагами
- туберкулема
- крупные очаги

109. При эффективном лечении лобита чаще формируется

- цирроз**
- участок пневмосклероза
- крупные очаги
- участок пневмосклероза с очагами
- туберкулема

110. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- преобладание казеозного некроза**
- большой объем поражения
- более частый распад
- склонность к бронхогенной диссеминации
- поражение крупных бронхов

111. Казеозная пневмония характеризуется

- обильным выделением МБТ**
- скудным выделением МБТ
- редким выделением МБТ
- однократным выделением МБТ

112. При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется

- цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез**
- участок пневмоцирроза
- пневмосклероз с очагами
- множественные туберкулемы
- группа очагов

113. Туберкулема легкого представляет собой
очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы
очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
114. Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме
прогрессирования туберкулезного локального панбронхита
рубцевания каверны
заполнения каверны
прогрессирования очаговой формы туберкулеза
115. К казеозным относятся все перечисленные варианты туберкулем, кроме
инфильтративно-пневмонической
псевдотуберкулемы
гомогенной
слоистой
конгломератной
116. Крупными считаются туберкулемы размером
4-6 см и более
1-2 см
3.0-3.9 см
117. У больного с длительно существующей стационарной туберкулемой появились симптомы интоксикации: кашель со скудной мокротой (МБТ+), а на рентгенограмме - перифокальная реакция вокруг туберкулемы и полость распада в ней, что следует расценивать как
фазу инфильтрации и распада при туберкулезе легкого
прогрессирующий вариант течения заболевания
реактивацию туберкулеза
118. У больного с туберкулемой легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (МБТ+) и подвергшегося эффективной химиотерапии, наиболее вероятным будет
регрессирующий вариант течения процесса
стационарное течение процесса
прогрессирование заболевания
119. У больного с туберкулемой легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (МБТ+), отказавшегося от лечения, наиболее вероятным будет
прогрессирующий вариант течения заболевания
стационарный вариант течения заболевания
регрессирующий вариант течения заболевания
120. С появлением полости распада у больных туберкулемой легкого бактериовыделение будет
не обильным и не постоянным
массивным и постоянным

отсутствовать

121. Туберкулема чаще локализуется в следующих сегментах легких
1-м, 2-м, 6-м, 10-м
1-м, 2-м, 6-м, 11-м
3-м, 5-м, 8-м, 9-м
4-м, 5-м, 7-м, 9-м
122. Туберкулемы в пределах сегмента локализуются чаще
субплеврально, кортикально, в плащевом отделе
в центральном отделе
в среднем отделе
межсегментарно
на границе 1-го, 2-го, 6-го, 10-го сегментов
123. У туберкулемы в фазе инфильтрации контур обычно бывает
нечетким
бугристым
четким
124. У туберкулемы во время ремиссии процесса контур чаще бывает
четкий
нечеткий
бугристый
125. Для дифференциации туберкулемы от периферического рака I и II стадии
заболевания сочетание рентгенологических признаков легочного поражения
должно анализироваться только в комплексе с клиническими и
лабораторными данными (биопсия)
имеет абсолютное значение
имеет относительное значение
126. Для верификации диагноза при шаровидной тени, локализующейся в глубине
сегмента легкого, целесообразно применять
бронхоскопию с катетербиопсией
трансторакальную игловую биопсию легкого
трансторакальную щипцовую биопсию
медиастиноскопию с биопсией
127. Для верификации диагноза при шаровидной тени, локализующейся субплеврально,
целесообразно применять
трансторакальную игловую биопсию легкого
бронхоскопию с прямой биопсией
катетербиопсию
медиастиноскопию с биопсией
128. Наиболее существенными рентгенологическими признаками, позволяющими
отличать гамартохондрому от туберкулемы, являются
резкий контур шаровидной тени, характер кальцинации и отсутствие распада
неоднородная структура тени и характер окружающего фона
локализация, а также наличие или отсутствие распада

129. Наиболее существенными, отличительными рентгенологическими признаками ретенционной кисты от туберкулемы можно считать
форму и локализацию тени по ходу ветвления бронхов
локализацию тени
гомогенную структуру тени и четкие контуры
130. Основными отличительными рентгенологическими симптомами аспергиллемы от туберкулемы можно считать
симптом "серпа", симптом "погремушки"
наличие уровня в полости
четкость контура тени
нечеткость контура тени
131. Проникновение противотуберкулезных химиопрепаратов в инфекционный очаг практически не происходит при туберкулезе легкого
в период ремиссии процесса и при стационарном варианте его течения
в фазе инфильтрации
в фазе распада и обсеменения
132. Поводом для проведения оперативного лечения больных с туберкулезом легкого является
медленные темпы репарации в ходе лечения и невозможность определить прогноз заболевания как при стационарных туберкулемах, так и при туберкулезе с регрессирующим течением заболевания в ходе химиотерапии
неэффективность химиотерапии при этой форме туберкулеза
неблагоприятное течение заболевания при этой форме туберкулеза
133. К кавернозной форме следует относить
туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения
свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
134. Для трансформации исходной клинической формы туберкулеза в фазе распада в кавернозный туберкулез легких необходимо время в течение которого
трансформируется и стирается исходная картина туберкулезного процесса и ведущим признаком заболевания является каверна
происходит прогрессирование процесса с образованием средних или больших размеров каверны
происходит регрессия воспалительного процесса с формированием изолированной кистозного вида полости
135. Клиническая симптоматика легочного заболевания в виде интоксикации, кашля с выделением мокроты, локальных сухих и влажных хрипов при кавернозном туберкулезе
выражена незначительно или может даже отсутствовать
выражена ярко
чаще отсутствует

136. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение
скудное и непостоянное
массивное и постоянное
отсутствует
закономерности не выявляется
137. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме
наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха
кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром
отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
138. Косвенными рентгенологическими признаками полости распада в легком являются все перечисленные, кроме
замкнутой кольцевидной тени, выявляемой в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
горизонтального уровня
тени полосы дренирующего бронха
очагов бронхогенного обсеменения
139. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки
отдельные соединительнотканые волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Лангганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости
скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Лангганса, казеозный некроз
140. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является
данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала
длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения
комплекс клинико-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза
141. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются
бактериологический и цито-гистологический
рентгенологический и бронхологический
биохимический и иммунологический
пробное лечение и динамическое наблюдение

142. Для проведения дифференциальной диагностики между кавернозной формой туберкулеза и нетуберкулезными заболеваниями у больных, не выделяющих микобактерии туберкулеза в мокроте, рационально провести

трансторакальную игловую биопсию или катетербиопсию во время бронхоскопии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала

пробное лечение антибактериальными препаратами, не обладающими противотуберкулезным действием, в течение 10-14 дней
пробное лечение тремя противотуберкулезными препаратами

143. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - это **хронический деструктивный туберкулез, характеризующийся бактериовыделением, прогрессирующим (медленным или быстрым, нередко волнообразным) течением, а также присоединением как специфических, так и неспецифических осложнений**
туберкулезный процесс, характеризующийся наличием в легких фиброзной каверны (каверн) и выраженным фиброзом в окружающей ткани
туберкулезный процесс с кавернами в легких, очагами бронхогенной диссеминации и фиброзом, протекающий с нарастающей дыхательной недостаточностью, присоединяющимися кровохарканьями и другими осложнениями

144. Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около

18-24 месяцев

6-12 месяцев

12-18 месяцев

3-5 лет

145. Фиброзно-кавернозный туберкулез редко формируется из **туберкулеза бронхов (как формы туберкулеза)**

очагового туберкулеза

инфильтративного туберкулеза

туберкулемы легкого

диссеминированного туберкулеза

146. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких клинические признаки заболевания **всегда наблюдаются, но более выражены в период обострения заболевания**

могут отсутствовать

всегда резко выражены, в период обострения - резкая декомпенсация функции органов дыхания и кровообращения

147. Комплекс клинических признаков заболевания при фиброзно-кавернозном туберкулезе

неспецифичен, схож с другими хроническими болезнями органов дыхания

высокоспецифичен и позволяет отличить его как от других форм туберкулеза, так и от другой легочной патологии

специфичен для этой формы туберкулеза и позволяет отличить ее от других форм туберкулеза

148. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет **слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани**

слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации
слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с вращением последней в интерстиций легкого

149. Каверна (каверны) при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких на рентгенограмме имеют представленные ниже признаки, кроме

тонкостенности и равномерности ее толщины на всем протяжении
значительной толщины и неравномерности по толщине ее стенок
неровного внутреннего контура
тяжистого и нечеткого наружного контура

150. Распространенность поражения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще

захватывает долю легкого и более
не превышает одного сегмента легкого
не превышает двух сегментов легкого
не превышает трех сегментов легкого

151. Каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще обнаруживаются

в 1-2-6-м сегментах легкого
во 2-м сегменте легкого
в 1-2-м сегментах легкого
в 1-3-6-10-м сегментах легкого
во 2-3-6-4-5-м сегментах легкого

152. При каверне, расположенной в верхней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения чаще обнаруживаются

в нижних отделах правого и левого легкого
в нижних отделах правого легкого
в нижних отделах левого легкого

153. При каверне, расположенной в верхней доле левого легкого, очаги бронхогенного обсеменения чаще обнаруживаются

в нижних отделах левого легкого
в нижних отделах правого легкого
в нижних отделах правого и левого легкого

154. Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
туберкулез гортани
туберкулез кишечника
казеозная пневмония
милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

155. Самым редким специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

милиарный туберкулез, туберкулезный менингит
туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
туберкулез гортани
туберкулез кишечника
казеозная пневмония

156. Дренирующие каверну бронхи при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких **поражены туберкулезом в виде казеозного и язвенного панбронхита, деформированы, имеются бронхоэктазы, в стенках которых - туберкулезные бугорки и специфическая грануляционная ткань** деформированы, имеют признаки хронического воспаления слизистой и более глубоких слоев поражены туберкулезом в виде локального казеозного эндобронхита
157. Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является **дыхательная недостаточность** хроническое легочное сердце легочная геморрагия амилоидоз внутренних органов
158. Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания **обильное и постоянное** обильное, периодическое скудное и постоянное скудное, периодическое
159. Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких будет **прекращение бактериовыделения** исчезновение симптомов интоксикации прекращение положительной динамики в рентгенологической картине заболевания
160. Длительное и стойкое (многие месяцы, годы) прекращение бактериовыделения для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких **не характерно** обычное явление, указывающее на длительную ремиссию процесса возможно
161. Длительное и стойкое прекращение бактериовыделения (многие месяцы) у больных при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких обычно можно связать со всеми перечисленными факторами, кроме **излечения туберкулеза** эффективного лечения стабилизации туберкулезного процесса трансформации туберкулезного процесса в цирротический
162. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от цирротического **активностью туберкулезного процесса, документируемого клиническим течением, обострениями и признаками прогрессирования, бактериовыделением** клинической симптоматикой рентгенологической картиной - по наличию или отсутствию каверны, а также по степени развития рубцовых изменений в легких

163. Основным критерием, позволяющим отличить фиброзно-кавернозный туберкулез легких от полостной формы рака и хронического абсцесса, является

обнаружение микобактерий туберкулеза
клиническое течение заболевания
рентгенологическая картина легочных изменений

164. Наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

прогрессирование легочного туберкулеза
легочно-сердечная недостаточность
присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т.д.)
легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов
серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т.д.)

165. Самым частым неспецифическим осложнением, приводящим больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к смерти, является

легочно-сердечная недостаточность
легочное кровотечение
амилоидоз органов
истощение

166. Цирротический туберкулез - это

инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких
туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом
массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при сохранении активности инфекционного процесса

167. Цирротический туберкулез формируется из перечисленных ниже клинических форм, кроме

очагового туберкулеза и бронхо-лобулярного инфильтрата
туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, осложненного бронхолегочным поражением и туберкулезом бронхов
диссеминированного и фиброзно-кавернозного
лобита и казеозной пневмонии

168. Основное отличие цирроза от пневмосклероза заключается

в полной структурной перестройке органа или его части с потерей его функции
в большом объеме поражения
в объемном уменьшении пораженного участка легкого с потерей его воздушности

169. Основным признаком, указывающим на активность специфического процесса при цирротическом туберкулезе, является

обнаружение микобактерий туберкулеза
интоксикация
кровохарканье или легочное кровотечение
эффект от специфического лечения

170. Клинически посттуберкулезный пневмоцирроз от цирротического туберкулеза отличается

потеря активности туберкулезного процесса, документированная лабораторными методами исследования (бактериологическим, иммунологическим), а также клиническим наблюдением
отсутствие симптомов интоксикации, кашля, мокроты
абациллирование мокроты на протяжении 1-2 лет

171. Полостные образования при цирротическом туберкулезе могут быть отображением всего перечисленного, кроме

трехслойных туберкулезных каверн, содержащих большое число микобактерий туберкулеза
очищенных от казеозных масс и частично оздоровленных туберкулезных каверн с малым содержанием инфекции
бронхоэктазов
булл
вторичных (воспалительных) кист

172. Осложнениями цирротического туберкулеза являются все перечисленные ниже, кроме

паразитарной и вирусной инфекции
кровохарканий и легочных кровотечений
дыхательной и сердечной недостаточности
амилоидоза внутренних органов
бактериальной и грибковой инфекции

173. Специфическая химиотерапия у больных с цирротическим туберкулезом показана при

обострении специфического процесса, подтвержденного лабораторными методами исследования
появлении признаков интоксикации
легочных геморрагиях
дыхательной недостаточности

174. Туберкулезная этиология плеврита чаще встречается в возрастной группе

13-29 лет
30-39 лет
40-49 лет
50-50 лет
60 лет и старше

175. Туберкулезная инфекция распространяется на плевру всеми перечисленными путями, кроме

бронхогенного
лимфогенного
гематогенного
контактного
нарушения целостности легкого

176. В начальном периоде туберкулезного плеврита преобладают морфологические изменения в виде

неспецифического воспаления

туберкулезных бугорков
казеозных изменений
фиброза

177. Сухой (фибринозный) туберкулезный плеврит отличается от выпотного (экссудативного)

степенью выраженности экссудации
отсутствием тупого перкуторного звука
постепенным развитием заболевания
характером болевого синдрома

178. Из приведенных физикальных симптомов для сухого плеврита является наиболее важным

шум трения плевры
укорочение перкуторного звука
ослабленное дыхание
влажные мелкопузырчатые хрипы
смещение средостения

179. Излечение сухого плеврита чаще заканчивается

наличием плевральных наложений
отсутствием изменений в плевре
плеврощиррозом

180. Рентгенологическую картину свободного костодиафрагмального выпотного плеврита характеризуют все перечисленные симптомы, кроме

неоднородной структуры тени
высокой интенсивности тени, убывающей к периферии
расположения тени в нижних отделах грудной полости
косой направленности верхней границы тени
смещения средостения в здоровую сторону

181. Для определения наддиафрагмального свободного выпота необходимо сделать рентгенограмму грудной полости

в латеропозиции
в ортопозиции
на вдохе
в боковой позиции
на выдохе

182. Наличие лимфоцитарного характера экссудата указывает на

затяжную или хроническую стадию течения плеврита
туберкулезную природу плеврита
отсутствие диагностического значения
воспалительную природу плеврита

183. Содержание белка в выпоте менее 3% указывает на

наличие транссудата
неспецифический характер воспаления
туберкулезный характер плеврита
опухолевую природу плеврита

184. Оптимальным диагностическим мероприятием для установления природы плеврита, этиологию которого не удалось установить по данным клинико-рентгенологического и лабораторного исследования, является

плевроскопия с биопсией

пробное лечение

трансторакальная биопсия плевры тонкой иглой

трансторакальная биопсия плевры толстой иглой

185. Для выбора места прокола плевры при осумкованном плеврите следует использовать

перкуSSION и полипозиционную рентгеноскопию

рентгенографию легких в прямой и боковой позициях

аускультацию и рентгенографию в боковой проекции

186. Для безболезненного проведения прокола грудной стенки (торакоцентез) следует инфильтрировать анестетиком

кожу (тугой инфильтрат "лимонная корочка"), межреберные мышцы, подплевральное пространство

кожу (тугой инфильтрат "лимонная корочка"), подкожную клетчатку, мышечный футляр межреберных мышц, плевру

кожу (тугой инфильтрат "лимонная корочка"), межреберные мышцы

187. Туберкулез ротоглотки и верхних дыхательных путей чаще локализуется в

слизистой гортани

слизистой глотки

слизистой языка

слизистой язычка

миндалинах

188. Самые частые пути заноса инфекции при туберкулезе ротоглотки и верхних дыхательных путей - это

спутогенный (интраканаликулярный) и гематогенный

контактный и лимфогенный

лимфогенный и гематогенный

контактный и спутогенный (интраканаликулярный)

189. Ведущее место в диагностике туберкулеза верхних дыхательных путей у больных туберкулезом легких занимает

биопсия во время ларингоскопии

обнаружение БК в слизи дыхательных путей и в мокроте

ларингоскопия - визуальная картина при прямой или непрямой ларингоскопии

наблюдение за динамикой процесса в ходе специфического лечения

190. При деструктивном туберкулезе легких наиболее вероятен

аспирационный, интраканаликулярный путь заражения слизистой бронхов

контактный путь заражения слизистой бронхов

гематогенный путь заражения слизистой бронхов

лимфогенный путь заражения слизистой бронхов

191. Ведущее место в ранней диагностике туберкулеза главного и долевого бронха занимает

инструментальный (бронхоскопия)

клинический (симптоматика бронхита) и лабораторный метод (обнаружение БК в мокроте)
рентгенологический метод (обнаружение изменений на флюорограмме)

192. Ведущим симптомом в клинике туберкулеза трахеи, главного и долевого бронха является

преимущественно сухой кашель

лихорадка

продуктивный кашель со слизистой мокротой

193. Наиболее достоверными критериями для доказательства специфического поражения стенки бронха туберкулезом является

обнаружение в материале биопсии микобактерий туберкулеза и клеток эпителиоидно-гигантоклеточной гранулемы

обнаружение во время эндоскопии локальных изменений (инфильтрации, грануляций, изъязвления)

наличие туберкулезных изменений в легких

194. Наиболее типичным симптомом туберкулеза главного и долевого бронхов является

кашель со скудной мокротой

сухой кашель

кашель с большим количеством гнойной мокроты

кровохарканье

195. В амбулаторно-диспансерной практике туберкулез бронхов у кашляющих и выделяющих мокроту больных обычно диагностируется с помощью

бактериологического метода

рентгенологического метода

bronхологического метода

196. Наиболее точным определением понятия "осложнение" является

это патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным заболеванием

это патологические процессы, которые не связаны непосредственно с основным заболеванием и не оказали на его развитие и течение особого влияния

это заболевание, которое присоединяется к ранее выявленному, способствуя ухудшению его клинического течения

197. К числу патологических процессов, являющихся осложнением туберкулеза, относятся все перечисленные ниже, кроме

bronхоэктатической болезни

амилоидоза

хронического легочного сердца и эмфиземы легких

спонтанного пневмоторакса

легочного кровотечения

198. "Кровохарканье" - это

поступление крови из дыхательных путей в виде отдельных плевков или в виде примеси крови в мокроте

массивное поступление крови из дыхательных путей с кашлем или без него

поступление крови из дыхательных путей в виде сгустков, с трудом откашливаемых

199. "Легочное кровотечение" - это
массивное поступление крови из дыхательных путей с кашлем или без него
поступление крови из дыхательных путей в виде отдельных плевков или в виде примеси крови в мокроте
поступление крови из дыхательных путей в виде сгустков, с трудом откашливаемых
200. Легочные геморрагии чаще наблюдаются при
хронических, сопровождающихся образованием цирроза легочной ткани
свежих, остро протекающих формах поражения
свежих, подостро протекающих, с распадом легочной ткани
201. Основная причина возникновения легочных геморрагий при свежих формах туберкулеза
возникновение распада ткани легкого
образование казеозного некроза в паренхиме легкого
разрушение стенки легочного сосуда (артерии или вены)
разрушение стенки бронхиальной артерии или вены
202. Наиболее частым источником легочных геморрагий при фиброзно-кавернозном и цирротическом туберкулезе легких является
разрыв аневризматически измененных стенок ветвлений бронхиальных артерий
разрыв стенки сосуда в каверне
разрыв стенки мелких сосудов в паренхиме легкого вследствие легочной гипертонии
203. "Спонтанный пневмоторакс" - это
проникновение воздуха в плевральную полость без каких-либо внешних вмешательств у здорового человека или у страдающих хроническими болезнями
проникновение воздуха в плевральную полость без каких-либо видимых причин
проникновение воздуха в плевральную полость у практически до этого здорового человека без каких-либо видимых причин
204. Клапанный спонтанный пневмоторакс опасен
возникновением высокого положительного внутриплеврального давления, что ведет к серьезным функциональным нарушениям со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности
формированием свища
большим спадением легкого
смещением органов средостения
205. Хроническое легочное сердце - это
гипертрофия миокарда правого желудочка
гипертрофия миокарда левого желудочка
гипертрофия миокарда правого и левого желудочка
206. Легочное сердце возникает вследствие
повышения сопротивления в сосудах малого круга кровообращения
повышения сопротивления в сосудах большого круга кровообращения

снижения парциального давления кислорода в альвеолах
повышения уровня CO₂ в крови

207. Основными аускультативными и перкуторными признаками хронического сердца является все указанное, кроме

диастолического шума на верхушке
смещения абсолютной сердечной тупости вправо
акцента II тона на легочной артерии
усиление сердечного толчка

208. Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является

синдром интоксикации
лихорадка
дефицит веса
параспецифические реакции
увеличение печени и селезенки

209. Основным исходом первичного инфицирования является

формирование нестерильного иммунитета
выздоровление
развитие локальной формы туберкулеза
латентный микробиоз
инфицирование

210. К критериям туберкулезной интоксикации относятся

синдром функциональных нарушений
локальная форма первичного инфицирования
легочные изменения у инфицированного ребенка
патология функции внешнего дыхания в раннем периоде первичной инфекции

211. Наиболее типичным морфологическим изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является

казеозный некроз
перифокальное воспаление
гиперплазия лимфаденоидной ткани
фиброзное перерождение лимфоузла
кальцинация

212. К морфологическим критериям, позволяющим разграничить формы поражения внутригрудных лимфоузлов, относятся

соотношение гиперпластических и казеозных изменений в ткани лимфоузла
количество групп лимфоузлов, вовлеченных в патологический процесс
наличие и выраженность перифокального воспаления
степень кальцинации в лимфоузлах
вовлечение в процесс бронхов и легочной ткани

213. У большинства детей туберкулез внутригрудных лимфоузлов начинается

мало- или бессимптомно
остро
подостро

214. Ограниченный катаральный эндобронхит, обнаруженный при бронхоскопии **подтверждает скрытую активность специфического процесса во внутригрудных лимфоузлах**
не подтверждает скрытую активность специфического процесса во внутригрудных лимфоузлах
данные бронхоскопии не являются безусловно значимыми
215. Наиболее точно характеризует понятие осложненного туберкулеза внутригрудных лимфоузлов следующее определение **прогрессирующий туберкулез внутригрудных лимфоузлов с переходом патологического процесса на бронхи, легочную ткань и другие соседние органы**
туберкулез, имеющий склонность к генерализации
туберкулез, имеющий длительное, торпидное течение
тяжелый туберкулез внутригрудных лимфоузлов, протекающий с выраженными общими и местными симптомами
216. Осложненное течение первичного туберкулеза чаще встречается **у детей раннего возраста**
у детей 6-7 лет
у детей препубертатного возраста и подростков
217. Ведущим клиническим признаком туберкулеза бронхов является **кашель**
повышение температуры тела до 38°C и выше
одышка
симптомы интоксикации
бессимптомное течение
218. Под бронхолегочным поражением понимают **поражение бронха с наличием ателектаза (сегментарного или долевого) и специфического или неспецифического воспаления**
поражение бронха с наличием ателектаза
ателектаз и специфическое воспаление
219. Характерными рентгенологическими признаками бронхолегочного поражения являются все перечисленные, кроме **смещения средостения в здоровую сторону**
смещения средостения в пораженную сторону
тени треугольной формы с вершиной к диафрагме
однородной тени
220. Основными заболеваниями бронхолегочной системы, с которыми приходится дифференцировать бронхолегочное поражение, являются **затяжные сегментарные (долевые) пневмонии**
очаговые пневмонии
крупозные пневмонии
221. Очаги бронхогенного обсеменения следует, прежде всего, дифференцировать с **очаговой пневмонией**
крупозной пневмонией
диссеминированными процессами в легких неспецифической этиологии

222. Очаги бронхогенного обсеменения при адекватном лечении чаще всего
полностью рассасываются
переходят в ограниченный фиброз
переходят в пневмосклероз
подвергаются обызвествлению
223. Накопление экссудата в плевральной полости наиболее достоверно отражают все следующие клинические признаки, кроме
усиления кашля и появления мокроты
исчезновения болевого синдрома
лихорадки
исчезновения шума трения плевры
появления одышки
224. Первыми (ранними) рентгенологическими признаками появления свободного выпота в плевральной полости являются все перечисленные, кроме
затемнения по линии Дамуазо
затемнения наружного синуса диафрагмы
ложного высокого положения правого купола диафрагмы
утолщения тени левого купола диафрагмы
225. Для определения небольшого количества свободного выпота в плевральной полости следует
сделать рентгеновский снимок в положении больного на боку
произвести плевральную пункцию
наложить диагностический пневмоторакс
226. Основным исходом туберкулеза у детей раннего возраста при условии адекватного лечения является
излечение с малыми остаточными изменениями
прогрессирование процесса с летальным исходом
излечение с распространенными остаточными изменениями
переход в хронически текущий первичный туберкулез
227. Для очагового туберкулеза у подростков наиболее характерны
скудные клинические проявления
полное отсутствие клинических проявлений
выраженные клинические проявления
228. Для очагового туберкулеза легких у подростков характерно
скудное бацилловыделение
умеренное бацилловыделение
массивное бацилловыделение
закономерность отсутствует
229. При своевременном выявлении и правильном лечении инфильтративного туберкулеза у подростков наиболее частый исход
рассасывание с незначительными остаточными изменениями
образование фиброза-рубца
образование туберкулемы
переход в фиброзно-кавернозный туберкулез

230. Причинами образования туберкулем у подростков являются **местная гиперсенсibilизация легочной ткани, приводящая при ограниченном накоплении инфекции в очаге поражения к массивному казеозному некрозу с быстрым его отграничением соединительнотканной капсулой от окружающей легочной ткани**
своеобразная реактивность организма, выражающаяся в склонности к казеификации
своеобразное иммунно-биологическое состояние организма, способствующее быстрому отграничению патологического процесса в легком
231. Наиболее частыми клиническими проявлениями заболевания при туберкулемах легких у подростков вне фазы обострения являются **полное отсутствие клинических проявлений**
слабая интоксикация, сухой кашель
выраженная интоксикация, выраженные физикальные данные
232. Идиопатический спонтанный пневмоторакс - это **пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин (травма, врачебная манипуляция) у здорового до этого человека**
пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин у человека, страдающего бронхолегочным заболеванием
пневмоторакс, возникший у больного с нагноительным заболеванием легких или туберкулезом легких вследствие прорыва гнойника (каверны) в плевральную полость
пневмоторакс, возникший по ходу медицинского мероприятия (биопсия, реанимация, искусственная вентиляция легких)
233. Вторичный спонтанный пневмоторакс - это **пневмоторакс, возникший у больного с нагноительным заболеванием легких или туберкулезом легких вследствие прорыва гнойника (каверны) в плевральную полость**
пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин (травма, врачебная манипуляция) у здорового до этого человека
пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин у человека, страдающего бронхолегочным заболеванием
пневмоторакс, возникший по ходу медицинского мероприятия (биопсия, реанимация, искусственная вентиляция легких)
234. Пневмоторакс, возникший по ходу медицинского исследования - это **ятрогенный пневмоторакс**
вторичный спонтанный пневмоторакс
первичный травматический пневмоторакс
235. Самые частые причины возникновения идиопатического спонтанного пневмоторакса - это **буллезная дистрофия и эмфизема легкого (первичные, вторичные)**
пороки развития легкого и плевры
активный и перенесенный туберкулез легких
bronхоэктатическая болезнь
236. Спонтанный пневмоторакс чаще диагностируется

в момент его возникновения

по обращаемости через несколько дней после его возникновения на флюорограмме при массовых обследованиях населения

237. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это
боли в груди и одышка
лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка
лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди
боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой
238. Спадение легкого при спонтанном пневмотораксе следует оценивать
по объему коллабироваия легочной ткани
по площади спадения на рентгенограмме
239. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс - это
пневмоторакс с бронхо-плевральным соустьем, причем во время вдоха воздух входит в плевральную полость, во время выдоха не выходит из нее
пневмоторакс с большим спадением легкого и смещением органов средостения
пневмоторакс, осложненный бронхо-плевральным соустьем
240. Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочеполовую систему является
гематогенный
контактный
лимфогенный
интраканаликулярный
241. Туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно в
корковом слое
мозговом слое
чашечно-лоханочной системе
242. Сочетание туберкулеза мочеполовой системы со специфическими поражениями других органов
наблюдается нередко
не наблюдается
иногда встречается
243. Наиболее частой формой туберкулеза мочевой системы является
паренхиматозная (туберкулез почечной паренхимы)
туберкулезный папиллит
фиброзно-кавернозная
кавернозная
244. Наиболее характерными для туберкулеза мочевой системы клиническими признаками являются
изменения в моче в виде лейкоцитурии
ноющие боли в области поясницы
изменения в моче в виде гематурии
острая боль в животе
субфебрилитет

245. Основными методами выявления туберкулеза мочевой системы являются
микробиологический
рентгенологический
туберкулиновых проб
клинический
246. Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение для распознавания туберкулеза мочевого пузыря имеет
цистоскопия
ретроградная пиелография
внутривенная урография
инфузионная урография
хромоцистография
247. Основным путем выявления туберкулеза мочеполовой системы является
обращение к врачу
обследование контактов
систематическая постановка туберкулиновых проб
исследование анализа мочи
проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости
248. Для выявления больных туберкулезом мочевой системы особое внимание следует обращать на лиц
с заболеваниями туберкулезом других органов
с опухолью почек
с аномалией развития мочевой системы и с хроническими воспалительными заболеваниями почек
с мочекаменной болезнью
с нефрозом
249. Основная цель патогенетической терапии при мочеполовом туберкулезе - это
препятствовать генерализации процесса
уменьшить интенсивность воспаления
уменьшить аллергическое действие противотуберкулезных препаратов
250. Основными противопоказаниями к проведению операций при туберкулезе мочевой системы являются
хроническая почечная недостаточность (ХПН)
большая распространенность специфического процесса, в том числе и в других органах
активный туберкулез почек
251. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы - это
гематогенный путь
лимфогенный путь из внутригрудных лимфатических узлов
лимфогенный путь из очага в легочной ткани
контактный путь при переходе инфекции с мягких тканей на костную
252. Самая частая форма костно-суставного туберкулеза - это
туберкулезный спондилит
туберкулез тазобедренного сустава
туберкулез коленного сустава

туберкулезный синовит

253. Самое частое осложнение при туберкулезном спондилите - это
натечный абсцесс
параплегия нижних конечностей
кровоотечение
туберкулезный менингит
254. Ранний и характерный клинический признак туберкулеза тазобедренного сустава - это
ограничение подвижности в суставе
боль в суставе при нагрузке
боль в суставе в покое
гиперемия кожи над суставом
отечность в области сустава
255. Ранний и характерный клинический признак туберкулеза коленного сустава - это
появление болей при физической нагрузке
повышение температуры тела
боль в суставе в покое
отечность кожи в области сустава
256. Наиболее частым осложнением при туберкулезе суставов является
деформация сустава
ограничение подвижности сустава
образование свища
257. Наиболее информативным методом диагностики костно-суставного туберкулеза - это
рентгенологическое исследование
туберкулинодиагностика
бактериологическое исследование
лабораторные анализы крови и ее плазмы
258. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в орган зрения - это
гематогенный, при распространении инфекции по кровеносным сосудам (период бактериемии)
лимфогенный, из очага поражения в периферических лимфоузлах
гематогенный, из первичного очага в легочной ткани
259. Наиболее частая локализация процесса туберкулеза глаз - это
туберкулезный увеит
туберкулез конъюнктивы глаз
туберкулезный кератит и склерит
туберкулезный иридоциклит
260. Наиболее характерный клинический симптом болезни при туберкулезном поражении глаз - это
снижение зрения
боль и зуд в глазу
гиперемия склер
чувство давления на глаз

261. Туберкулез глаза чаще всего сочетается
туберкулезом внутригрудных лимфоузлов и туберкулезным менингитом
с очаговым туберкулезом легких
диссеминированным туберкулезом легких
262. Основным путем проникновения инфекции в периферические лимфатические узлы является
лимфогенный
гематогенный
контактный
263. При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще всего поражается
шейная группа
подмышечная группа
паховая группа
подчелюстная группа
264. Основным клиническим признаком туберкулеза периферических лимфатических узлов является
увеличение лимфатических узлов с признаками периаденита
увеличение лимфатических узлов без признаков периаденита
отечность кожи в области лимфаденита
болезненность при пальпации лимфоузла
265. Наиболее информативным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является
биопсия
клиническая картина заболевания
пробное лечение антибиотиками
266. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно
в мозговых оболочках
в веществе головного мозга
в стволе головного мозга
267. Начальный признак туберкулезного менингита - это
головная боль
вялость
снижение аппетита
повышение температуры тела
268. Основным методом в дифференциальной диагностике туберкулезного менингита от других заболеваний центральной нервной системы является
исследование спинномозговой жидкости
исследование периферической крови
биохимическое исследование крови
269. Показаниями к проведению спинномозговой пункции являются
наличие менингеальных симптомов
потеря сознания
нарушение иннервации черепномозговых нервов

головная боль

270. В анализе спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите обычно наблюдается

снижение содержания сахара
понижение содержания белка
увеличение числа нейтрофилов

271. В качестве дополнительных методов исследования при туберкулезном менингите следует провести

исследование глазного дна
снимок черепа и позвоночника
туберкулиновые пробы
аудиометрию

272. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают

использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса
одновременное использование ряда лечебных средств и методов
использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса

273. Химиотерапия туберкулеза - это

метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ
метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ
метод воздействия на возбудителя заболевания
ведущий метод лечения туберкулеза

274. Химиопрепараты - это

вещества, специфически поражающие возбудитель заболевания, не оказывая существенного влияния на организм больного
вещества, губительно влияющие на микобактерии туберкулеза
различные бактерицидные и бактериостатические препараты
различные химические соединения, способствующие излечению больного туберкулезом

275. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является

чувствительность микобактерий к применяемым препаратам
хорошая переносимость лечения
высокий уровень защитных сил организма больного
хорошая или удовлетворительная фармакокинетика

276. Основным механизмом развития вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза служит

селекция
адаптация
мутация

277. Наиболее точным определением лекарственной устойчивости микроорганизма является

переносимость микроорганизмом действия препарата в концентрации, которая превышает возможный уровень его содержания в тканях организма человека

отсутствие клинического эффекта при проведении химиотерапии

продолжение роста и размножения микроорганизма в присутствии антимикробного средства

278. Критериями лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (на плотной среде) служит для изониазида

1 мкг/мл

20 мкг/мл

10 мкг/мл

5 мкг/мл

0.1 мкг/мл

279. Для рифампицина критерий лекарственной устойчивости - это

20 мкг/мл

100 мкг/мл

50 мкг/мл

30 мкг/мл

10 мкг/мл

280. Для этамбутола критерий лекарственной устойчивости - это

2 мкг/мл

50 мкг/мл

30 мкг/мл

10 мкг/мл

5 мкг/мл

281. Для канамицина критерий лекарственной устойчивости - это

30 мкг/мл

50 мкг/мл

20 мкг/мл

10 мкг/мл

1 мкг/мл

282. Необходимость продолжительной химиотерапии при туберкулезе определяется в первую очередь

медленными темпами инволюции туберкулезного процесса

достигаемой при этом более высокой эффективности лечения

характером туберкулезного процесса

целесообразностью максимально полного подавления микробной популяции

283. Контролируемая химиотерапия необходима

на всем протяжении химиотерапии

на начальном этапе лечения

на амбулаторном этапе лечения

284. Патогенетическая терапия - это

терапия, воздействующая на состояние организма больного и происходящие в нем патологические процессы

терапия с применением противовоспалительных лекарств

терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему
терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов

285. Иммуностимулирующую терапию целесообразно применять
в конце химиотерапии
в начале химиотерапии
в середине химиотерапии
после окончания химиотерапии
286. Иммуностимулирующая терапия показана
при снижении функции иммунной системы
при любой форме туберкулеза
при замедленной положительной динамике процесса в ходе химиотерапии
при плохой переносимости химиопрепаратов
287. Глюкокортикоидные гормоны показаны при всем перечисленном ниже, кроме
отсутствия эффекта от химиотерапии
туберкулезного процесса, протекающего с преобладанием экссудативных реакций
снижения функций коры надпочечников
аллергических реакций на химиопрепараты
288. Глюкокортикоидные гормоны следует применять как противовоспалительное средство
с первых дней химиотерапии
через 2-3 недели от начала химиотерапии
при замедленной положительной динамике
после снятия острых проявлений болезни
после получения данных о чувствительности МБТ к химиопрепаратам
289. Методика лечения глюкокортикоидными гормонами зависит от
показаний для назначения гормонов
характера воспалительных реакций
возраста больного
наличия относительных противопоказаний
290. При туберкулезе с преобладанием экссудативного воспаления глюкокортикоидную терапию следует назначить
с максимально показанной дозы и затем постепенно ее уменьшать
с минимальной дозы и затем постепенно ее увеличивать
со средней дозы и затем постепенно ее увеличивать
с любой дозы
291. Нестероидные противовоспалительные препараты показаны при
туберкулезе с преобладанием экссудативных реакций
торпидном течении инфильтративного туберкулеза
очаговом туберкулезе легких в фазе инфильтрации
наличии полости распада
плохой переносимости химиопрепаратов
292. Витаминная недостаточность в наибольшей степени может быть установлена при
любой форме туберкулеза легких с наличием выраженной интоксикации
очаговом туберкулезе легких

инфильтративном туберкулез легких
туберкулезе легких
фиброзно-кавернозном туберкулезе легких

293. При возникновении периферического полиневрита в результате химиотерапии наиболее целесообразно назначение

пиридоксина
тиамина
рибофлавина
никотинамида
пантотеновой кислоты

294. При выявлении кохлеарного неврита в результате химиотерапии наиболее целесообразно назначение

пантотеновой кислоты
тиамина
рибофлавина
никотинамида
пиридоксина

295. С целью устранения витаминной недостаточности и профилактики ее нарастания наиболее целесообразно назначение

комплекса витаминов в сбалансированных соотношениях между ними
тиамина и рибофлавина
никотинамида и пиридоксина
пантотеновой кислоты и ретинола
аскорбиновой кислоты и пиридоксина

296. Горно-климатические курорты показаны больным

ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких
всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации
всеми деструктивными формами туберкулеза легких
всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности

297. При легочном туберкулезе пневмоперитонеум может быть применен в качестве вспомогательного средства у больных со свежим деструктивным процессом

в базальных и лингулярных сегментах, а также средней доле легкого
в верхних отделах легких
в верхних и средних долях легкого

298. Хирургический коллапс (спадение) легкого при операции торакопластики создается путем

резекции задних отрезков ребер над каверной
отслойки легкого от грудной стенки
тотального удаления ребер над каверной и пластического его закрытия

299. Атипичная резекция легкого - это

удаление участка легкого без учета его анатомических границ
удаление клиновидного участка легкого
удаление края легочной ткани
удаление краевого отдела легкого по плоскости

300. Самой частой причиной рецидива туберкулеза после частичной резекции легкого является

недостаточный радикализм операции - сохранение в легком очагов туберкулезной инфекции

слишком короткий курс предоперационной химиотерапии

устойчивость микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам, выделенным из очага поражения