

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2026 10:58:47
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1e4c5734767f8

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры внутренних
болезней Института непрерывного
образования
протокол №3 от «15» октября 2025 г.
заведующий кафедрой внутренних
болезней Института непрерывного
образования
доцент  Е.В. Гаврилюк

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.51 Фтизиатрия**

Разработчики рабочей программы:

Профессор кафедры, доктор медицинских наук, профессор В.М. Коломиец, доцент
кафедры, кандидат медицинских наук, доцент Ю.И. Лебедев,
доцент кафедры, кандидат медицинских наук С.Н. Новикова

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.51 Фтизиатрия.

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности, Фтизиатрия, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов.

Критерии оценки этапов определяются программой ГИА.

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера. Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета.

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных, прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой

государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последиplomного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК, по итоговой оценке, на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-

	ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности
--	---

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Нормативная и законодательная база медикосоциальной помощи больным туберкулезом в Российской Федерации.
2. Возбудитель туберкулёза, его виды и свойства.
3. Механизмы развития лекарственной устойчивости МБТ.
4. Классификация лекарственной устойчивости МБТ.
5. Патогенез первичного туберкулеза.
6. Патогенез вторичного туберкулеза.
7. Иммунитет и аллергия при туберкулёзе.
8. Патологическая анатомия туберкулёза. Строение туберкулёзной гранулемы.
9. Виды воспалительных реакций при туберкулёзе.
10. Источники инфекции, пути и механизмы передачи микобактерией туберкулеза.
11. Факторы риска заболевания туберкулезом.
12. Основные принципы диагностики туберкулёза. Алгоритм исследования на выявление туберкулеза.
13. Клинические методы исследования при туберкулезе.
14. Обязательный диагностический минимум в диагностике туберкулёза.
15. Дополнительные (неинвазивные и инвазивные) и факультативные методы исследования при туберкулёзе.
16. Морфология крови при туберкулёзе.
17. Биохимические исследования крови и их значение при туберкулёзе.
18. Цитологическое исследование мокроты при туберкулезе. Тетрада Эрлиха.
19. Этиологическая диагностика туберкулёза. Традиционные и молекулярно-генетические микробиологические исследования.
20. Лучевые методы исследования туберкулеза.
21. Сциалогические синдромы при туберкулезе органов дыхания.
22. Иммунологическая диагностика туберкулёза.
23. Туберкулезные аллергены - препараты для специфической диагностики туберкулеза (проба Манту и Диаскинтест).
24. Клиническая классификация туберкулеза, принципы ее построения.
25. Ранний период первичной туберкулезной инфекции (диагностика, дифференциальная диагностика, лечение).
26. Латентная туберкулезная инфекция (понятие, диагностика, лечение).
27. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
28. Первичный туберкулезный комплекс: неосложненное и осложненное течение (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
29. Варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). Осложнения туберкулеза ВГЛУ.
30. Милиарный туберкулез легких (клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение).
31. Подострый диссеминированный туберкулез легких (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
32. Хронический диссеминированный туберкулез легких (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
33. Очаговый туберкулез легких (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).

34. Клинико – рентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза легких (дифференциальная диагностика, лечение).
35. Казеозная пневмония (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
36. Туберкулема легких (патогенез, клинические варианты течения, дифференциальная диагностика, лечение).
37. Кавернозный туберкулез легких (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
38. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (патогенез, клинические варианты течения, дифференциальная диагностика, лечение).
39. Цирротический туберкулез легких (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
40. Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема): патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
41. Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей (патогенез, основные формы, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение).
42. Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез): особенности клинического течения, выявления и лечения.
43. Осложнения туберкулеза легких (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
44. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
45. Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
46. Туберкулез мочевых и половых органов (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
47. Туберкулез костей и суставов (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
48. Туберкулез периферических лимфатических узлов (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
49. Туберкулез и ВИЧ-инфекция (особенности выявления, клинического течения и лечения).
50. Туберкулез и сахарный диабет (особенности выявления, клинического течения и лечения).
51. Туберкулез и хроническая алкогольная интоксикация (особенности клинического течения и лечения).
52. Туберкулез и беременность (материнство): особенности клинического течения туберкулеза, врачебная тактика ведения больных туберкулезом беременных.
53. Дифференциальная диагностика пневмоний у больных туберкулезом.
54. Дифференциальная диагностика округлых образований в легких.
55. Цель лечения больных туберкулезом и основные принципы лечения туберкулеза.
56. Критерии эффективности лечения больных туберкулезом.
57. Принципы химиотерапии, общая характеристика противотуберкулезных препаратов.
58. Режимы антибактериальной терапии (общая характеристика и показания к назначению).
 59. Режим химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза.
 60. Режим химиотерапии изониазид-резистентного туберкулеза.
 61. Режим химиотерапии МЛУ ТБ.
 62. Режим химиотерапии пре-ШЛУ ТБ.
 63. Режим химиотерапии ШЛУ ТБ.

64. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на основные противотуберкулезные препараты, их профилактика.
65. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на резервные противотуберкулезные препараты.
66. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на новые противотуберкулезные препараты.
67. Неотложные состояния во фтизиатрии (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, острое легочное сердце): диагностика и экстренные лечебные мероприятия.
68. Патогенетическая терапия при туберкулезе (показания, методы).
69. Коллапсотерапия при туберкулезе: виды, показания, противопоказания, методики, осложнения.
70. Хирургическое лечение при туберкулезе органов дыхания (показания, виды оперативных вмешательств, тактика в отношении дальнейшего лечения).
71. Санаторно-курортное лечение при туберкулезе (показания и противопоказания).
72. Характеристика клинического излечения при туберкулезе.
73. Временная нетрудоспособность, медикосоциальная экспертиза и инвалидность при туберкулезе.
74. Национальные программы предупреждения распространения туберкулеза.
75. Основные эпидемиологические показатели, определяющие распространенность туберкулеза.
76. Группы повышенного риска заболевания туберкулезом.
77. Группы впервые выявленных больных по своевременности выявления.
78. Выявление туберкулеза в группах риска и декретированных контингентах населения.
79. Организация работы противотуберкулезного диспансера (задачи, структура, взаимосвязь с другими службами). Цели и формы диспансерного наблюдения при туберкулезе.
80. Группы диспансерного наблюдения и учета взрослых контингентов противотуберкулезных учреждений.
81. Порядок диспансерного наблюдения и учета контингентов взрослых, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений.
82. Группы диспансерного наблюдения и учета детских и подростковых контингентов противотуберкулезных учреждений.
83. Порядок диспансерного наблюдения контингентов детей и подростков, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений Российской Федерации.
84. Санитарная профилактика туберкулеза. Классификация очагов туберкулезной инфекции и проведение в них профилактических мероприятий.
85. Специфическая профилактика туберкулеза.
86. Разновидности противотуберкулезной вакцины. Показания и противопоказания к вакцинации и ревакцинации против туберкулеза.
87. Поствакцинальные осложнения и их лечение.
88. Социальная профилактика туберкулеза.
89. Неспецифическая профилактика туберкулеза.
90. Профилактика туберкулеза среди медицинских работников.

4.2. Ситуационные задачи

Ситуация 1.

Пациентка В. 35 лет, на приеме у фтизиатра.

Жалобы

Нет.

Анамнез заболевания

Контакт с больным туберкулезом: муж лечился от туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 2 года назад, в настоящее время периодически приходит к ребенку.

При прохождении флюорографического обследования в поликлинике по месту жительства были выявлены изменения в верхней доле левого легкого.

Больная была направлена на консультацию к фтизиатру.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Не работает.
- Место жительства: живёт в селе в частном доме из 3-х комнат. Проживает с ребёнком 12-ти лет.
- Перенесенные заболевания и операции: является инвалидом II группы. В течение 5-ти лет страдает ревматоидным артритом, ежедневно получает 3 таблетки преднизолона, при обострении – метотрексат.
- Аллергический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

- Общее состояние удовлетворительно. Вес 88 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные сухие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Лунообразное лицо, «буйволиный» бугорок
- Грудная клетка – правильной формы. При перкуссии над поверхностью легких определяется легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в мин
- Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 120/70 мм рт.ст.
- Отмечается деформация мелких суставов кистей рук

Результаты обследования

Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным Диаскинтест – папула 4 мм

Проба Квейма-Зильцбаха отрицательная

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки



На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в верхнюю долю левого легкого определяются три тени неправильной формы диаметром 5 и 10 мм средней интенсивности с нечеткими контурами.

Электрокардиография. Ритм синусовый. ЭОС отклонена влево. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. ЧСС = 86/минуту.

Микроскопия мокроты с окраской по Цилю-Нельсону отрицательный

Внимательно ознакомьтесь с данной ситуацией и обоснованно ответьте на обязательный ряд вопросов, обосновывая Ваши ответы с учётом современных знаний о патогенезе туберкулеза и сходных с ним заболеваний (современной парадигме патогенеза туберкулеза и сходных заболеваний).

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 2.

Пациент Н. 54 года

Жалобы

- повышение температуры до 39°C преимущественно в вечернее время
- ночная потливость
- кашель с мокротой слизисто-гнойного характера около 100 мл в сутки
- одышка при умеренной физической нагрузке
- общая слабость
- отсутствие аппетита
- снижение массы тела на 10 кг за 1 месяц
- головная боль, головокружение, тошнота

Анамнез заболевания

Туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Последнее флюорографическое обследование проводилось три года назад, патологии выявлено не было. Больным себя считает в течение месяца, когда стал отмечать повышенную утомляемость, потливость, покашливание. К врачу не обращался. Неделю назад резко повысилась температура до 39°C, с большими подъемами по вечерам, усилился кашель, появилась одышка, обильные поты по ночам, исчез аппетит, появились головные боли.

Накануне усилилась головная боль, появилась тошнота, головокружение. Машиной скорой помощи доставлен в терапевтическое отделение районной больницы.

Проведено обследование: в общем анализе крови выявлены отклонения от референсных значений по следующим показателям: скорость оседания эритроцитов - 78 мм/ч, гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты $11 \cdot 10^9$ /л, содержание лимфоцитов - 8%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхних отделах обоих легких определяется распространенное негетмогенное затемнение высокой интенсивности, в нижних отделах легких – множественные очаги сливного характера.

Назначена консультация фтизиатра.

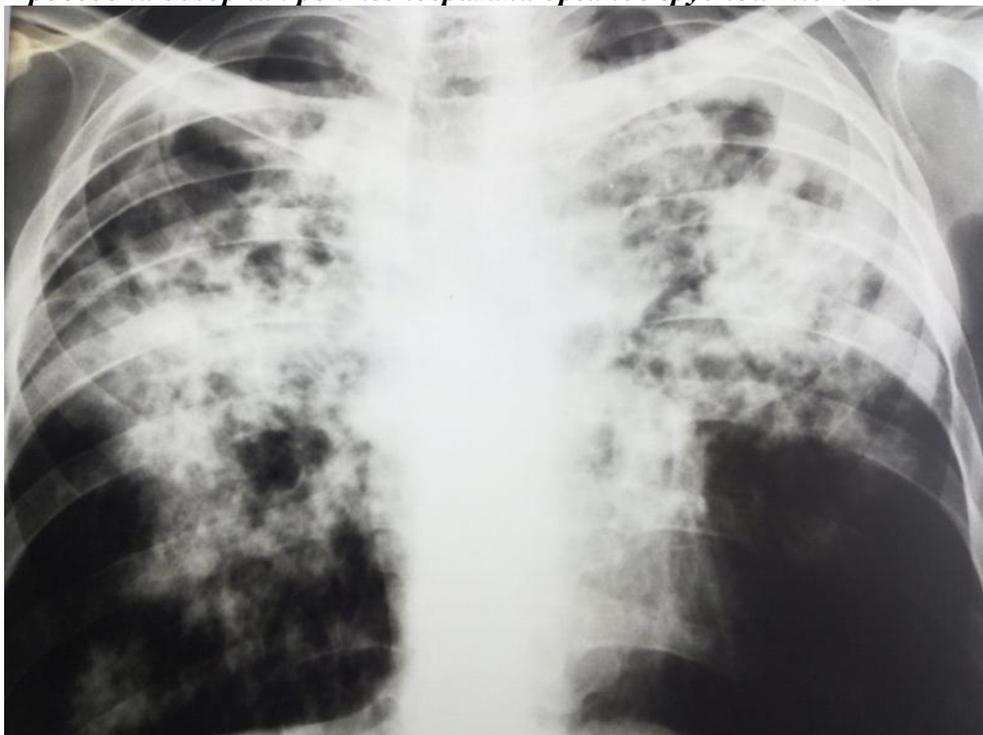
Анамнез жизни

- Ранее находился в местах лишения свободы.
- Образование средне-специальное, по специальности не работал. В настоящее время не работает, имеет случайные заработки.
- Своей семьи не имеет, проживает в семье сестры в 3-х комнатном частном доме, где так же проживают 2 взрослых и ребенок 9 лет.
- Курит по 10 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем.
- Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Вес 62 кг, рост 182 см. Кожные покровы бледные, акроцианоз, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Определяется ригидность затылочных мышц – 2 см. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные. Периферические лимфоузлы не пальпируются, частота дыханий - 25 в 1 минуту. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. В верхних и средних отделах обоих легких притупление перкуторного звука, при аускультации выявляется жесткое дыхание с влажными среднепузырчатыми и сухими хрипами. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 96 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки



Результаты лабораторных методов обследования

Мазок мокроты на кислотоустойчивые бактерии не менее 2-х исследований. Выявлены кислотоустойчивые бактерии: 3+

Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР. В мокроте выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, устойчивость к рифампицину

Посев мокроты на МБТ на жидких питательных средах с автоматической детекцией роста. Выделена культура МБТ более 100 колоний

Анализ мокроты

количество	скудная
цвет	желтый
консистенция	вязкая
характер	слизисто-гнойный
примеси	отсутствуют
лейкоциты	30-40 в поле зрения
эритроциты	0-1 в поле зрения
эозинофилы	не обнаружены
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	15-18 в поле зрения
эластичные волокна	отсутствуют
Спирали Куршмана	отсутствуют
Кристаллы Шарко-Лейдена	отсутствуют

Результаты инструментального метода обследования

Люмбальная пункция. Получено 700 мл светло-желтой прозрачной жидкости, вытекает крупными каплями, около 80 капель в минуту.

Фибробронхоскопия. Субатрофический эндобронхит.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.

10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 3.

Больной Б. 28 лет, на приеме у врача- терапевта.

Жалобы

Примерно 1 месяц назад появились слабость, повышенная утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты. Во время приступа кашля больной чувствует острую боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

2 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит.

Анамнез жизни

- Рос и развивался в соответствии с возрастом.
- Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходил 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено.
- Контакт с больными туберкулезом отрицает.
- Проживает в городе, в квартире.
- Работает строителем.
- Женат.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

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

Результаты лабораторных методов обследования

Трёхкратное микроскопическое исследование мокроты на наличие КУБ

КУБ обнаружены (1+)

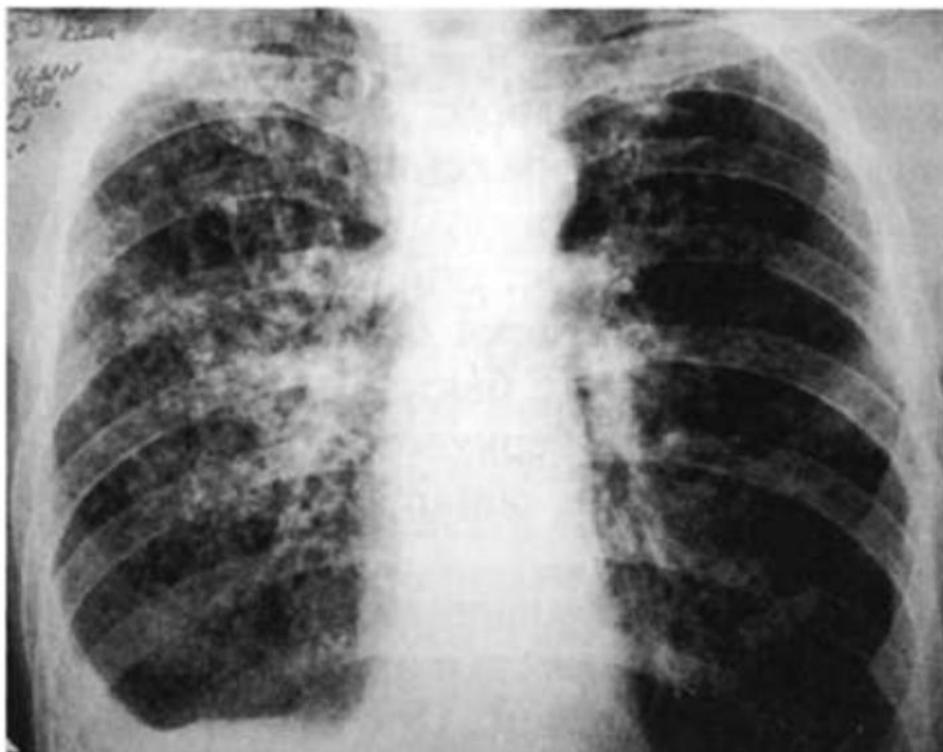
Общеклинический анализ крови

Наименование (ед. изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	129,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	47,0
Лейкоциты, 10 ⁹ \л	4,00 - 9,00	11,8
Эритроциты, 10 ¹² \л	4,00 - 5,70	4,0
Тромбоциты, 10 ⁹ \л	150,0 - 320,0	240,0
Ср.объем эритроцита, фл	80,0 - 97,0	117,5
Ср.содерж.гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	32,25
Ср.конц.гемоглобина, г\л	330 - 360	274,5

Наименование (ед. изм.)	Нормы	Результат
Лимфоциты, $10 \times 9^9 \text{л}$	1,20 - 3,50	2,08
Моноциты, $10 \times 9^9 \text{л}$	0,10 - 1,00	2,02
Гранулоциты, $10 \times 9^9 \text{л}$	1,20 - 7,00	8,9
Нейтрофилы, $10 \times 9^9 \text{л}$	2,04 - 5,80	6,2
Эозинофилы, $10 \times 9^9 \text{л}$	0,02 - 0,30	0,01
Базофилы, $10 \times 9^9 \text{л}$.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	23,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	8,0
Гранулоциты, %	42,00 - 80,00	68,7
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	65,0
Эозинофилы, %	0,0 - 6,0	3,0
Базофилы, %	0,0 - 1,0	1,0
СОЭ, мм\ч	2 - 20	38

Бактериологическое исследование мокроты
Streptococcus альфа-гемолитический 10^3 (норма 10^5 - 10^6)
Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях



Обзорная рентгенограмма.

В лёгочной ткани справа в верхних и средних полях определяются множественные очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию

Исследование функции внешнего дыхания

Показатель	Норма, %	Результат, %
ФЖЕЛ	>80	81
ОФВ1	>80	89
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	80	83
ПСВ	80	89
МОС 25	60	68
МОС 50	>60	65
МОС 75	>60	59

Признаков рестриктивной и обструктивной дыхательной недостаточности не выявлено, проходимость на уровне бронхов не нарушена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 4.

Больной 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

В связи с изменениями в легких, выявленными при диспансеризации, жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Жалоб нет.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки не проводилось более 3 лет.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально
- простудными заболеваниями болел редко
- вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет
- проживает один в однокомнатной квартире

Объективный статус

- Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 69 кг, рост - 168 см.
- Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧСС - 74 уд. в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.
- При проведении простой микроскопии мокроты по Цилю –Нильсену кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.
- Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 23 мм, диаскинтест – отрицательный.

Результаты лабораторных методов обследования

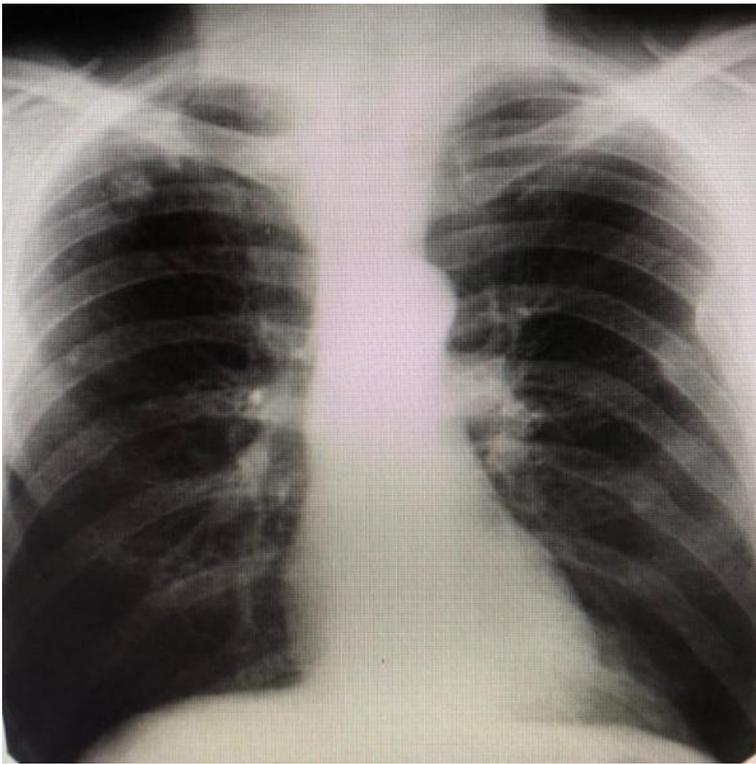
Общеклинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,32	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	135,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	254,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	8,5	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,0	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45,0	47-72
Эозинофилы, %	1,0	1-5
Базофилы, %	0,0	0-1
Лимфоциты, %	28,1	19-37
Моноциты, %	2,0	2-10
СОЭ, мм/ч	11	м. 2-10 ж. 2-15

Микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий. Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) - не обнаружены

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: во 2-м сегменте правого легкого определяется округлый фокус 2,5 см в диаметре, средней интенсивности, средней плотности, неоднородной структуры (за счет наличия серповидного просветления в медиальном отделе фокуса). Синусы свободны.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 5.

Пациент Д., 43 лет обратился на консультацию к врачу-фтизиатру.

Жалобы

На боль в правом тазобедренном суставе при ходьбе, ограничение объёма движений из-за боли.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, считает себя больным в течение восьми месяцев, когда после внутривенной инъекции наркотического препарата в правую паховую область возникла боль в правом тазобедренном суставе. За медицинской помощью обратился месяц спустя, когда в вечернее время начал отмечаться подъём температуры тела до 39 градусов. Наблюдался у терапевта в поликлинике по месту жительства. Проводимое лечение без эффекта, при рентгенографии правого тазобедренного сустава выявлены деструктивные изменения головки бедренной кости.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания: ВИЧ 4В. Хронический вирусный гепатит С
- алкоголем злоупотребляет, потребитель психоактивных веществ
- профессиональные вредности отрицает, не работает
- контакт с туберкулёзными больными был, содержался в местах лишения свободы

Объективный статус

- Общее состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 180 см. Температура тела 38,0С. Кожный покров иктеричный, чистый. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно звук лёгочный. Аускультативно – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 в мин, АД 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.
- Локальный статус: визуально правый тазобедренный сустав не изменён. Выраженная болезненность при движениях и пальпации в правой паховой области. Сгибание в тазобедренном суставе 120 градусов, разгибание 150 градусов, отведение 20 градусов.
- При оценке показателей общего и биохимического анализа крови пациента - показатель количества лейкоцитов: $9,5 \times 10^9/\text{л}$ (норма: $4-9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ-38 мм в час (норма до 20 мм в час), С-реактивный белок 6,7 мг/л (норма: 1,0-5,0).
- Методом люминесцентной микроскопии - КУМ не выявлены. Посев на жидкую среду - роста колоний МБТ не выявлено. ДНК МБТ выявлена, чувствительность сохранена.

Результаты обследования

Компьютерная томография тазобедренного сустава. В правом тазобедренном суставе имеются признаки остеопороза бедренной кости, сужение межсуставной щели и контактная деструкция головки бедренной и вертлужной впадины



Биопсия головки бедренной кости с последующим патоморфологическим и бактериологическим исследованием биоматериала. Выполнена трепанобиопсия головки правой бедренной кости.

Получен биологический материал - фрагменты костной ткани и жидкостное содержимое из полости правого тазобедренного сустава.

В исследованном материале обнаружены признаки гранулематозного воспаления, клетки Пирогова-Лангханса

Общий анализ крови, биохимический анализ крови

За референтные показатели выходит - показатель лейкоцитов $9,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ-38 мм в час, С-реактивный белок 6,7 мг/л

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 6.

Пациент 68 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Жалобы

Одышка при незначительной нагрузке, сухой кашель, общая слабость.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят около года, возникли без видимых причин. К врачу не обращался. Общее самочувствие ухудшилось в течение месяца после перенесенной ОРВИ – значительно выросла одышка, выражена слабость. Обратился к участковому врачу, выполнил флюорографию: выявлены двусторонние изменения в виде усиления и мелкокачественной деформации легочного рисунка, направлен на обследование и лечение в отделение пульмонологии.

Анамнез жизни

- Из перенесенных заболеваний отмечает хронический рефлюкс-гастрит, эзофагит (ГЭРБ), мочекаменную болезнь (самостоятельное отхождение камня 2 года назад), доброкачественную гиперплазию предстательной железы
- Работает охранником, до выхода на пенсию – военнослужащий
- Курит с молодого возраста по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно
- Аллергоанамнез без особенностей
- Наследственность по легочной патологии не отягощена
- Социально-бытовые условия удовлетворительные

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести за счет дыхательной недостаточности. Вес 68 кг, рост 176 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы: умеренный серо-пепельный цианоз. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Имеются акропахии (пальцы в виде «барабанных палочек», ногти по типу «часовых стекол»). Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное равномерно ослабленное, в нижне-боковых отделах крепитация по типу «целлофановых» хрипов (хрипы «Velcro»). ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, ритм правильный. ЧСС 86 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – пальпируется на 1,5 см из-под реберной дуги, безболезненная. Отеки в области лодыжек. Стул, диурез без особенностей.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

Наименование, ед. изм.	Нормы	01.08.19
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	120,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	42,5
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты, $\times 10^{12}$ /л	4,00 - 5,70	4,4
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	150,0 - 320,0	215,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	22,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	1,0
Нейтрофилы палочкояд., %	4 - 6	4,0
Нейтрофилы, сегментояд %	48,00 - 68,00	73,0

Наименование, ед. изм.	Нормы	01.08.19
Эозинофилы, %	0,0 - 6,0	0,0
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ, мм/ч	2 - 20	34

Общая лактатдегидрогеназа сыворотки крови 560 МЕ/л (норма 200 - 450 МЕ/л)
 Фибриноген 3,8 (норма 2 - 4)

Результаты инструментального метода обследования

Компьютерная томография высокого разрешения (КТВР)



Двусторонние ретикулярные затемнения, субплевральные воздушные кисты от 2-3 до 10 мм, преимущественно в субплевральных отделах («сотовое» легкое). КТ картина ОИП.

Рентгеноскопия легких

Инфильтративные изменения в легочной ткани не определяются. Легочный рисунок усилен и деформирован преимущественно в задне-нижних отделах.

Результаты обследования

Спирометрия

ФЖЕЛ 72% от должных величин;

ОФВ1 52% должн.;

ОФВ1/ФЖЕЛ = 61

Определение диффузионной способности легких (DLco) 47% от должной величины

Пульсоксиметрия SpO2 90%

Ингаляционная проба с метахолином с последующим мониторингом показателей бронхиальной проходимости 12 мг/мл (норма >8 мг/мл)

Эхокардиография. **Заключение:** Глобальная сократимость миокарда в пределах нормы (ФВ 55%). Небольшое расширение полости правого предсердия. Гипертрофия миокарда

правого желудочка небольшая (диастолический размер 2,92 см, толщина передней стенки ПЖ 0,53 см). Недостаточность ТК умеренная. Легочная гипертензия 2 ст. СДЛА 57 мм рт. ст. Жидкости в полости перикарда не выявлено. Декомпенсации кровообращения по большому кругу не выявлено.

УЗИ почек. Размеры, структура, положение почек в норме

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 7.

Пациент М. 46 лет, поступил в экстренном порядке в стационарное отделение противотуберкулезного диспансера.

Жалобы

Общую слабость, повышение температуры до 39,0°C, головную боль, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания

- Впервые туберкулез легких был выявлен 2,5 года назад во время отбывания наказания в местах лишения свободы, лечился в тюремной больнице. Год назад был освобожден, но в противотуберкулезный диспансер на учет не встал, наблюдение не продолжил.
- Около двух месяцев назад стал отмечать ухудшение состояния: появились недомогание, общая слабость, периодически повышалась температура тела. К врачу не обращался.
- В течение последней недели температура повысилась до 38°C. Лечился амбулаторно с диагнозом «грипп», состояние не улучшалось, появилась головная боль, нарастающая по интенсивности, рвота.
- Больной в порядке скорой помощи был доставлен в больницу скорой медицинской помощи и после рентгенологического обследования переведен в противотуберкулезный стационар.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.

- Не работает.
- Место жительства: проживает с матерью, сестрой 40-летнего возраста, ее мужем и сыном 16 лет в частном доме со всеми удобствами. Имеет отдельную комнату.
- Перенесенные заболевания и операции: в детстве перенес корь, скарлатину. Три года назад был выявлен гепатит С.
- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачко/лет), употребляет спиртные напитки, наркотики.

Аллергический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

- Состояние тяжелое. Сознание спутанное. На вопросы отвечает односложно.
- Отмечается светобоязнь. Сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сходящееся косоглазие справа. Положительный симптом Бехтерева. Напряжение мышц затылка. Правосторонний спастический гемипарез.
- Температура 38,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные сухие.
- Периферические лимфатические узлы не увеличены.
- Грудная клетка – правильной формы. При перкуссии над поверхностью легких определяется легочный звук, при аускультации – над всеми легочными полями рассеянные сухие хрипы. ЧДД 20 в мин.
- ЧСС 96 в мин., АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны
- Живот мягкий, при пальпации безболезнен.
- Отеков нет

Результаты лабораторных методов обследования

Микробиологическое исследование мокроты.

Люминесцентная микроскопия: КУМ (+)- обнаружены

Посев: МБТ (+) – обнаружены.

Молекулярно-генетическое исследование мокроты

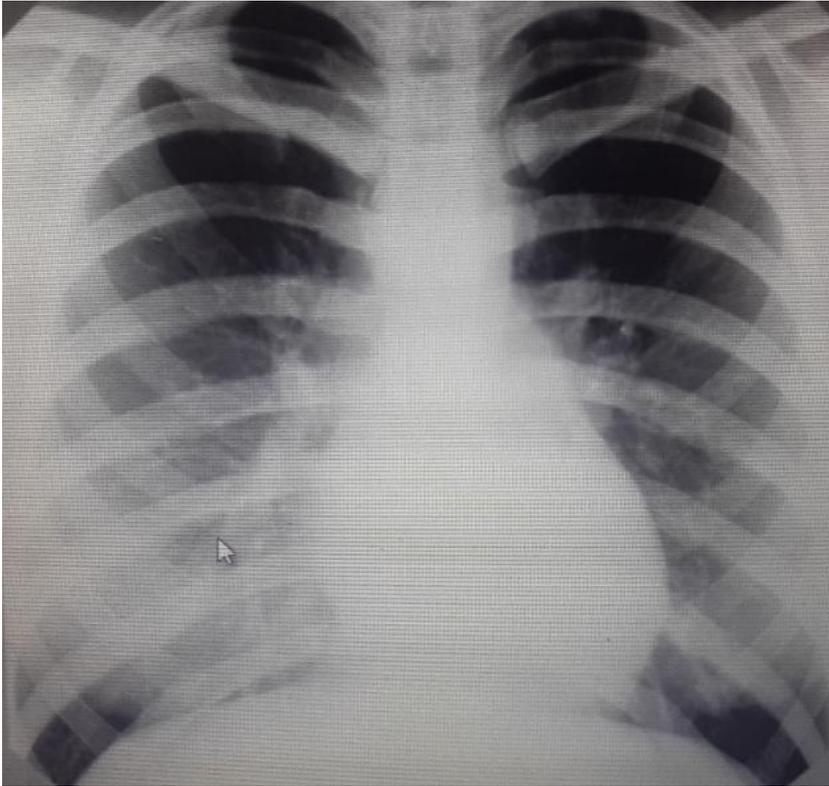
ПЦР-РВ: ДНК МБТ (+) – обнаружена, устойчивость к рифампицину.

Общий клинический анализ крови с исследованием основных показателей

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	93,0
Лейкоциты, 10x9\л	4,00 - 9,00	12,4
Эритроциты, 10x12\л	4,00 - 5,70	3,3
СОЭ, мм\ч	2 – 20	58

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки



На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции на фоне сетчатой деформации легочного рисунка в верхних и средних отделах легких видна диссеминация, состоящая из очагов мелкого и среднего размера, сливающихся в фокусы. В отдельных фокусах определяются участки просветления.

Результаты обследования

Люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости. При спинномозговой пункции получена прозрачная желтоватая жидкость. Белок – 10,3 г/л, реакция Панди, цитоз 694 кл/мкл, лимфоциты - 95%, нейтрофилы - 5%, глюкоза - 0,51 ммоль/л, хлориды - 94,3 ммоль/л

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.

10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 8.

Мужчина, 39 лет, обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, снижение аппетита, повышенную потливость, кашель с мокротой, повышение температуры до 38,1°C в течение 2 недель.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних двух недель, когда появились сильная слабость, потливость, кашель с выделением мокроты, повышение температуры. Лечился самостоятельно без эффекта, принимал антибиотики (сумамед), отхаркивающие препараты (бромгексин), жаропонижающие (парацетамол, нурофен).

Анамнез жизни

- Рос и развивался в соответствии с возрастом.
- Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходил год назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено.
- Туберкулезом ранее не болел. Контакт с больным туберкулезом родственником в 21 год.
- Работает преподавателем в ВУЗе.
- Курит по 1 пачке сигарет в день.

Объективный статус

- Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Рост 185 см. Вес 69 кг.
- Перкуссия грудной клетки: притупление перкуторного звука в верхних отделах правого легкого. Аускультативно: в легких в верхних отделах справа сухие и единичные влажные хрипы. Частота дыхания (ЧД) - 24 в 1 минуту. Артериальное давление (АД) - 135/85 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. Частота пульса (ЧП) - 74 в 1 минуту.
- Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты обследования

Микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия. Посев на жидкие и плотные питательные среды КУМ обнаружены (1+).

Посев на жидкой питательной среде – через три недели МБТ обнаружены.

Посев на плотной питательной среде – в работе.

Диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

Папула 17 мм

Общеклинический анализ крови

Наименование (ед. изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 160,0	- 131,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	47,0

Лейкоциты, 10x9\л	4,00 - 9,00	6,9
Эритроциты, 10x12\л	4,00 - 5,70	5,2
Тромбоциты, 10x9\л	150,0 320,0	- 240,0
Ср.объем эритроцита, фл	80,0 - 97,0	117,5
Ср.содерж.гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	32,25
Ср.конц.гемоглобина, г\л	330 - 360	274,5
Лимфоциты, 10x9\л	1,20 - 3,50	20
Моноциты, 10x9\л	0,10 - 1,00	4
Гранулоциты, 10x9\л	1,20 - 7,00	8,9
Нейтрофилы, 10x9\л	2,04 - 5,80	7
Эозинофилы, 10x9\л	0,02 - 0,30	0,01
Базофилы, 10x9\л.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	20,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	8,0
Гранулоциты, %	42,00 80,00	- 45,3
Нейтрофилы, %	48,00 78,00	- 49,2
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	1,0
Базофилы,%	0,0 - 1,0	1,0
СОЭ, мм\ч	2 - 20	16

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях



Справа в верхней доле неоднородная инфильтрация легочной ткани, сливного характера с множественными участками деструкции, сливающаяся с корнем легкого. В нижних долях обоих легких множественные очаги отсева. Тень сердца без особенностей.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 9.

Женщина, 37 лет. Обследуется в противотуберкулезном диспансере по поводу контакта с мужем, больным инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада МБТ+

Жалобы

Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, снизилась трудоспособность

Анамнез заболевания

Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада МБТ+

Анамнез жизни

- Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции – краснуха в 3 года, хронические заболевания – нет.
- Вредные привычки – отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Туберкулезный контакт – с мужем, больным инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада МБТ+.
- Последнее флюорографическое обследование примерно 1 года назад (без патологии со слов пациентки).
- Жилищные условия - проживает в изолированной квартире с мужем и ребенком 15 лет.
- Образование – высшее.
- Профессия: воспитатель детского сада.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Рост 165 см, вес 70 кг.

Результаты лабораторных методов обследования

Микробиологическое исследование мокроты. Микроскопия мокроты с окраской по Цилю-Нильсену - КУМ не обнаружены

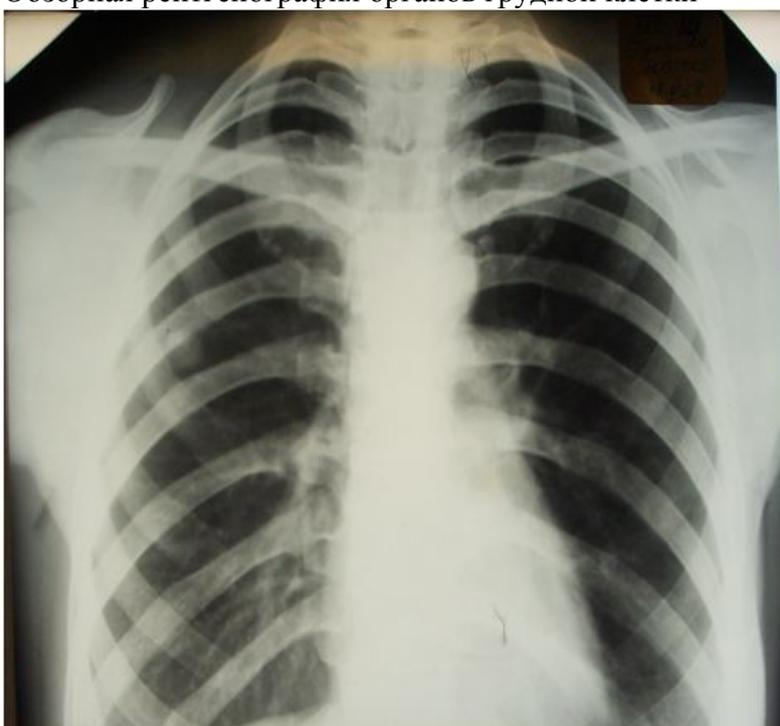
Диаскинтест. Папула 18 мм через 72 часа

Биохимический анализ крови

Название, мера измерения	Норма	Результат
Общий белок, г/литр	60-85	71
Альбумины, г/л	35-50	43
Фибриноген, г/л	2-4	2,7
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5-20,5	16
Непрямой билирубин, мкмоль/л	1-8	4
Прямой билирубин, мкмоль/л	1-20	12
Аспартатаминотрансфераза, ед/л	< 31	24
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	32
(Гамма)-глутаминтрансфераза, ед/л	< 40	27
Щелочная фосфатаза, ед/л	30-110	68
Триглицериды, моль/л	0,4-1,8	0,8
Холестерин, моль/л	3,5-5,5	4,2

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 10.

Пациент М., 13 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,3°C в вечернее время, слабость, похудание, плохой аппетит.

Анамнез заболевания

- Ребенок из асоциальной многодетной семьи.
- Вакцинирован БЦЖ, в 7 лет проведена ревакцинация, поствакцинальный рубчик 4 мм.
- Диаскинтест до 12 лет - отрицательный, в 13 лет - папула 4 мм.

Анамнез жизни

- Рос и развивался в соответствии с возрастом.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- В возрасте 1,5 лет перенес ветряную оспу.
- Простудными заболеваниями болеет редко.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена, периферические л/узлы пальпируются до 7 групп 2-3 размера, плотные, безболезненные, подвижные и не спаяны между собой и окружающими тканями. При перкуссии – паравертебрально определяется притупление перкуторного звука, при аускультации – дыхание везикулярное. ЧД до 17 в 1 мин. Пульс 80 в мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 11.

Женщина 28 лет. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Микроскопия мокроты с окраской по Цилю-Нильсену КУМ (4+).

Жалобы

На субфебрильную температуру в вечерние часы, общая слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, одышку. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы, общая слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, одышка. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки. За последние 3 месяца похудела на 4-5 кг.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе.
- Последнее флюорографическое обследование 4 года назад.
- Вернулась из мест лишения свободы 4 месяца назад, где находилась 3 года.
- Проживает в городской квартире.
- Работает продавцом в хозяйственном магазине.
- Разведена, детей нет.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и

средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия

Микроскопия мокроты с окраской по Цилю-Нильсену - КУМ обнаружены (4+)

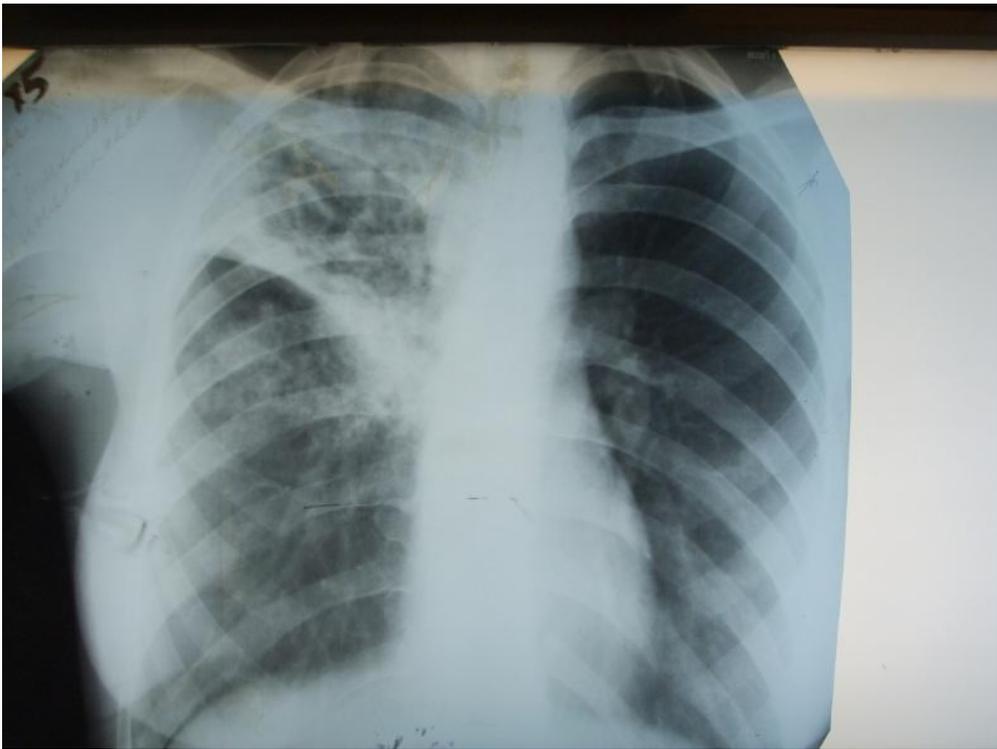
Диаскинтест. Папула 12 мм через 72 часа

Клинический анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	105,0
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	46,9
Лейкоциты, 10х9\л	4,00 - 9,00	13,20
Эритроциты, 10х12\л	4,00 - 5,70	3,6
Тромбоциты, 10х9\л	150,0 - 320,0	240,0
Ср. объем эритроцита, фл	80,0 - 97,0	89,1
Ср. содерж. гемоглобина, пг	28,0 - 35,0	30,7
Ср. конц. гемоглобина, г\л	330 - 360	312
Лимфоциты, 10х9\л	1,20 - 3,50	1,08
Моноциты, 10х9\л	0,10 - 1,00	2,02
Гранулоциты, 10х9\л	1,20 - 7,00	8,9
Нейтрофилы, 10х9\л	2,04 - 5,80	6,2
Эозинофилы, 10х9\л	0,02 - 0,30	0,01
Базофилы, 10х9\л.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	15,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	10,0
Гранулоциты, %	42,00 - 80,00	84,7
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	66,0
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	0,0
Базофилы,%	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ , мм\ч	2 - 20	24

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации негетерогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В средней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 12.

Пациент К. 43 лет санитарным транспортом был доставлен в приемное отделение противотуберкулезного диспансера.

Жалобы

На боль в правой половине грудной клетки, одышку и слабость.

Анамнез заболевания

Ровно 5 часов назад при проведении ремонтных работ внезапно ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки. Отмечался кратковременный сухой кашель, одышка. По скорой помощи доставлен в участковую больницу, откуда после рентгенологического обследования пациент был срочно перевезен в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Тракторист.
- Место жительства: село, частный дом из 2-х комнат, без коммунальных удобств.
- Семейное положение: С женой в разводе, есть дочь 20 лет, живут отдельно в соседнем поселке.
- Сопутствующие заболевания: Цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью- диагноз установлен год назад.
- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачек/лет).
- Контакт с больным туберкулезом, на протяжении последних 3-х лет он регулярно употреблял крепкие алкогольные напитки в компании с приятелем, ранее лечившимся по поводу туберкулеза легких в противотуберкулезном отделении тюремной больницы.
- Флюорографическое обследование: не проходил более двух лет.
- Аллергический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

- Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура 37,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с цианозом губ и бледной окраской носогубного треугольника. Периферические лимфатические узлы не увеличены.
- Правая сторона грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же определяется ослабленное голосовое дрожание. При перкуссии – справа тимпанит, дыхание – резко ослаблено, над левой половиной грудной клетки - дыхание везикулярное. ЧДД 32 в мин.
- Тоны сердца ясные, аритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 90/55 мм рт.ст.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется из-под края реберной дуги на 2 см. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации.
- Периферические отеки отсутствуют.

Результаты лабораторных методов обследования

Микробиологическое исследование мокроты

Люминисцентная микроскопия: КУМ (+) – обнаружены

Посев мокроты на жидкие питательные среды в системе БАКТЕК: получен рост МБТ- (+)

Молекулярно-генетическое исследование мокроты

ПЦР-РВ: ДНК МБТ (+), чувствительная к R

Общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	130,0 - 160,0	137
Лейкоциты, 10 ⁹ \л	4,00 - 9,00	10,4
Эритроциты, 10 ¹² \л	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты, 10 ⁹ \л	150,0 - 320,0	300,0

Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	20,0
Моноциты, %	2,0 - 10,0	12,0
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	59,0
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,5
СОЭ, мм\ч	2 - 20	45

Результаты инструментального метода исследования

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях / компьютерную томографию



На рентгенограмме органов грудной полости: лёгочные поля симметричны, однако, прозрачность лёгких неодинакова - в наружной зоне правого лёгочного поля в верхнем и среднем его отделе прослеживается висцеральная граница лёгкого с отсутствием легочного рисунка за пределами границы. Медиальнее указанной границы во втором межреберье видна кольцевидная тень с шириной контура тени не более 4 мм.

После проведенного дренирования правой плевральной полости получен выраженный клинический эффект.

Выполнена КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого определяется полостное образование округлой формы 2,9 см в диаметре, тонкостенное, с четким внутренним и нечетким наружным контуром, в окружающей легочной ткани – немногочисленные очаговые тени. В левом легком – очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.

3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 13.

Пациентка 43-х лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Сухой приступообразный кашель, привкус крови во рту при продолжительном кашле, одышка, возникающая при ходьбе по ровной местности до 100 м.

Анамнез заболевания

Около 4 лет назад после перенесенной простуды стал беспокоить постоянный сухой кашель. Тогда же лечилась по поводу спонтанного пневмоторакса, причина которого не установлена. Каждый год выполняла флюорографию – без патологии. Месяц назад после психоэмоционального стресса отметила усиление сухого кашля, нарастание одышки, появилась мокрота с прожилками крови. Госпитализирована для обследования с предварительным диагнозом «Пневмония? ХОБЛ?»

Анамнез жизни

- Росла и развивалась, не отставая от сверстников
- Из перенесенных заболеваний отмечает ветрянку, скарлатину в 14 лет, частые простудные заболевания. С 30 лет – постоянная прибавка массы тела
- Работает программистом
- Не курит, алкоголь употребляет умеренно
- Аллергоанамнез без особенностей.
- Гинекологический анамнез: два аборта – в 25 и 27 лет. С 36 летнего возраста – нарушение цикла, диагностирована миома матки, выполнена миомэктомия в 2012 г., повторная операция в 2014 г.(рецидив). По УЗИ и ЯМРТ малого таза, данным гистологического исследования – лейомиома матки, аденомиоз.
- Наследственность по легочной патологии неотягощена
- Социально-бытовые условия удовлетворительные

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 107 кг, рост 166 см (ИМТ 32 кг/м²). Температура 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы, симметричная, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца

приглушены, ритм правильный. ЧСС 82 в мин., АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют

Результаты лабораторных методов обследования

Развернутый общий анализ крови

Наименование, ед. изм.	Нормы	01.08.2019
Гемоглобин, г/л	130,0 - 160,0	117
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	39
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	4,00 - 9,00	6,6
Эритроциты, $\times 10^{12}$ /л	4,00 - 5,70	5,1
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	150,0 - 320,0	200,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	26
Моноциты, %	2,0 - 10,0	6,0
Палочкоядерные нейтр.%	1 - 6	1
Сегментоядерные нейтр.%	47 - 72	64
Эозинофилы,%	0,0 - 6,0	2
Базофилы,%	0,0 - 1,0	1
СОЭ, мм/ч	2 - 20	40

Бактериологическое исследование мокроты

Получена слюна

Определение С-реактивного белка в сыворотке крови

10,7 (норма 1,0 - 5,00 мг/л)

Биохимический анализ крови

Название, мера измерения	Норма	Результат
Общий белок, г/л	60 - 85	76
Альбумины, г/л	35 - 50	43
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5 - 20,5	18
Аспаратаминотрансфераза, ед/л	< 31	26
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	28
Холестерин, ммоль/л	3,5 - 5,5	3,7
Триглицериды, ммоль/л	0,4 - 1,8	1,2
Глюкоза крови ммоль/л	4,2 - 6,2	4,2

Результаты инструментальных методов обследования

Компьютерная томография легких

Во всех отделах легких многочисленные мягкотканые, хаотически расположенные очаги, диаметром от 3 мм до 10 мм. Внутригрудные лимфоузлы всех групп и подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Ход и проходимость трахеи, главных и долевых бронхов не нарушены. Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда нет. Ствол легочной артерии 27 мм, ее ветви не расширены. Заключение: КТ картина гематогенных очагов в обоих легких.

Пульсоксиметрия

SpO₂ 92%

Спирометрия

ОЕЛ - в пределах нормы - 5,09 - 97% должн.,

В ее структуре ЖЕЛ 3,28 - 80,69% от должн. (условная норма).

ООЛ - 108% должн.

Отношение ООЛ/ОЕЛ в пределах нормы - 110%.

ОФВ1 2,58 - 88% должн.

СОС 25-75 - 3,19 - 90% должн.

ОФВ1/ЖЕЛ 103%

Проба с бронхолитиком отрицательная.

Результаты обследования

Диффузионная способность легких (DLco)

Диффузионная способность легких (DLco) умеренно снижена – 66%

Результаты обследования

Эхокардиография. ЭхоКГ признаки нерезкой перегрузки правых отделов: расширение правых отделов, гипертрофия правого желудочка. Легочная гипертензия 1 ст. (37 мм рт. ст.) Диастолическая дисфункция миокарда правого желудочка. Сократительная активность левого желудочка сохранена (ФВ ЛЖ 63%)

ЭГДС. Поверхностный гастрит

Видеоторакоскопическая биопсия легких с иммуногистохимическим исследованием биоптата

Множественные миоматозные узлы в просветах альвеол.

В ткани легкого множественные пролифераты, состоящие из веретеновидных мноморфных клеток со слабо выраженным полиморфизмом. Митотическая активность в опухоли отсутствует, индекс Ki менее 2%. Позитивная реакция в опухоли наSMA, десмин, эстрогеновые и прогестероновые рецепторы, виментин. Негативная реакция в опухоли на НМВ – 45

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 14.

Больной М., 52 года обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На кашель с мокротой с прожилками алой крови, повышение температуры, ночную потливость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания

В течение 2 недель отмечал ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2°C, усиления кашля с мокротой, иногда с прожилками крови, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Лечился самостоятельно, без эффекта.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки проходил в последний раз год назад, без патологии.

Перенесенные заболевания - с детских лет частые простудные заболевания, страдает хроническим тонзиллитом, гайморитом.

В последние годы частые острые респираторные заболевания, хронический гастрит, год назад перенес пневмонию.

Длительно работал в горячем цеху металлургом.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально
- наследственность по туберкулезу была отягощена, в течении последних 2 лет постоянно находился в контакте с больным туберкулезом отцом, у которого был диагностирован диссеминированный туберкулез легких с бактериовыделением
- перенесенные заболевания: острый бронхит, пневмония
- в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела
- к врачам не обращался
- вредные привычки: курит, алкоголь периодически
- социально-бытовые условия неудовлетворительные, проживали в небольшой квартире, где не было возможности выделить отдельную комнату

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Масса тела 70 кг. Рост - 180 см., больной пониженного питания, периферические и лимфатические узлы не пальпируются.

Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания.

При перкуссии - в межлопаточной области притупление перкуторного звука аускультативно – выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы в правом легком в межлопаточной и подмышечной областях на фоне бронхиального дыхания, ЧД – 20 в минуту.

Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 уд. /мин., АД 100/65 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении прямой микроскопии мокроты и ПЦР исследования мокроты – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии с устойчивостью МБТ к рифампицину

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 16 мм.

Аллерген туберкулезный рекомбинантный – папула 15 мм.

Данные клинико-лабораторных методов исследования

Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4.27	м. 4,4-5,0

Показатель	Результат	Нормы
		ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	115,0	м. 130-160 ж. 120-140
Цветовой показатель (ЦП)	0,92	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	224	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	11,2	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	70	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	18,0	19-37
Моноциты, %	8	2-10
СОЭ, мм/ч	16	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	68	65-85 г/л
Альбумин	44	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	92,0	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	28,0	15,0 - 61,0
АСТ	21,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	78,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

Мазок мокроты на кислотоустойчивые бактерии не менее 2-х исследований
Обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (2+)

Исследование мокроты и промывных вод бронхов на ДНК МБТ методом ПЦР
ДНК МБТ методом ПЦР обнаружена

Бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов на неспецифическую флору
Klebsiella pneumonia - $<1 \cdot 10^3$, (норма 10^5), результат получен на 5 день

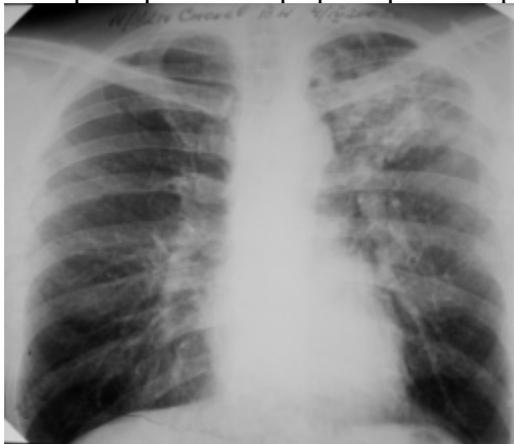
Общеклинический анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки
Цвет	серый	бесцветная

Показатель	Результат	Нормы
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	Щелоч. или нейтр. реакция
Консистенция	вязкая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	8-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-20	-
Лейкоциты (п/зр)	20-30	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	15-20	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаружены	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора ++	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



В верхней доле левого легкого определяется неоднородное затемнение с участками просветления, очаговой структуры, с нечеткими контурами, "дорожка" к корню легкого», полиморфные очаги в окружающей ткани, левый корень уплотнен, содержит кальцинированные лимфатические узлы

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностические возможности.

5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 15.

Женщина, возраст 21 год, переведена в противотуберкулезный стационар из инфекционного отделения муниципальной больницы.

Жалобы

На выраженную слабость, приступообразный кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой, одышку в покое, усиливающуюся при незначительном движении, повышение температуры до 39С, резкое снижение аппетита, снижение массы тела на 20 кг за последние 6 мес., осиплость голоса, боль в горле, учащенное мочеиспускание, диарею 5-6 раз в сутки.

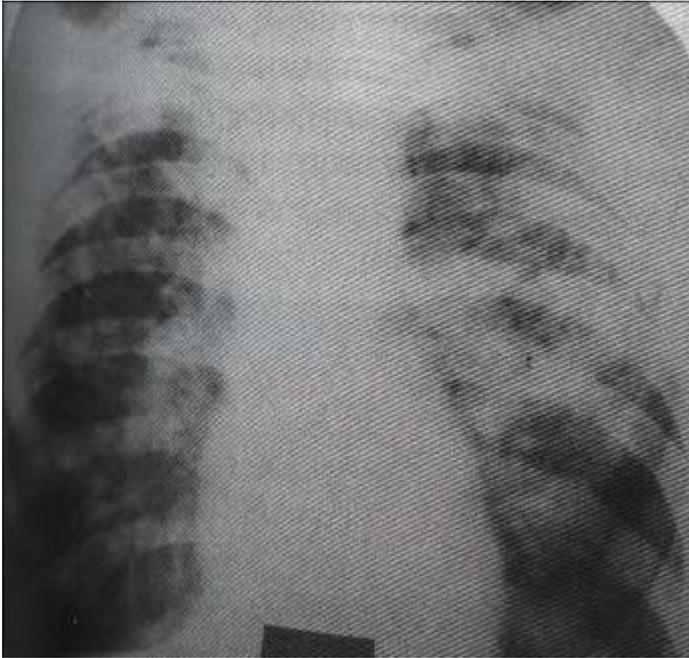
Анамнез заболевания

Туберкулезный контакт с отцом, который 2 года назад умер при прогрессировании фиброзно-кавернозного туберкулеза, МБТ (+), данных о лекарственной устойчивости нет, но известно, что лечился неаккуратно, неоднократно прерывал лечение.

Предыдущая флюорография 1,5 года назад, были выявлены очагово-инфильтративные изменения в 1, 2 сегменте правого легкого, от обследования уклонилась, чувствовала себя удовлетворительно.

В течение последнего полугодия появились и нарастали слабость, одышка, кашель, значительно ухудшился аппетит. Потеряла около 20 кг массы тела, последние 2 месяца беспокоит фебрильная лихорадка.

При значительном ухудшении самочувствия вызвала скорую помощь. В общей лечебной сети находилась в течение 3 дней с диагнозом двусторонняя полисегментарная пневмония, получала неспецифическую антибактериальную терапию, дезинтоксикационные средства. В мокроте в трех анализах были выявлены КУМ 3+, в связи с чем переведена в противотуберкулезный стационар.



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

Описание: по всем легочным полям интенсивное неоднородное затемнение с полостями распада и множественными сливными очагами.

Общеклинический анализ крови: эритроциты $2,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 77 г/л, лейкоциты $12,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 9%, моноциты – 3%, СОЭ – 56 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, удельный вес 1019, белок 0,17 г/л, лейкоциты 4-5 в п/з, эритроциты 2-3 в п/з, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/з.

Кровь на ВИЧ и вирусные гепатиты – отрицательный результат.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания: периодические ОРВИ, частые ангины в детстве.
- ВИЧ-инфекцию, гепатиты, вензаболевания, малярию, дизентерию, тифы, паратифы отрицает.
- Постоянной работы не имеет. Социально дезадаптирована.
- Вредные привычки: курение.

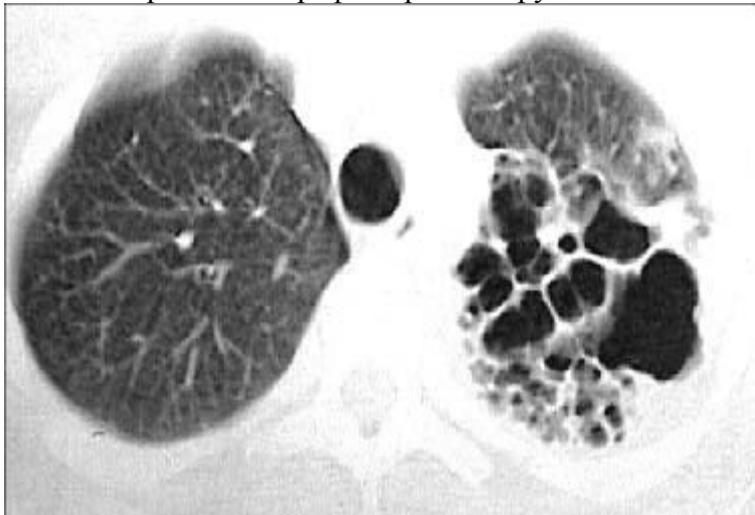
Объективный статус

- Состояние тяжелое. Самочувствие тяжелое. Сознание ясное. Вялая, гиподинамичная. Положение вынужденное сидя из-за одышки.
- Температура 39,5С.
- Подкожно-жировой слой не выражен: кахексия. Рост 160 см, масса тела 29 кг.
- Отмечается бледность кожных покровов с лихорадочным румянцем на щеках, цианоз губ, тургор снижен. Периферическая лимфоаденопатия: увеличены 7 групп периферических лимфатических узлов, плотноэластические, безболезненные, неспаянные. Стопы пастозны.
- Голос сиплый. Над легкими на фоне ослабленного дыхания выслушиваются обильные сухие и влажные разнокалиберные хрипы, частота дыхательных движений в покое 28-30 в минуту, при незначительном движении до 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 108 в минуту.
- В полости рта белые налеты на слизистых, изъязвления. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень увеличена и выступает на 3 см из-под правой реберной дуги. Стул жидкий 5-6 раза в день.

- Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное.
- Менингеальные знаки отрицательные.

Результаты инструментальных методов обследования

Компьютерная томография органов грудной клетки



КТ- исследование ОГП - на фоне массивного интенсивного затемнения видны гигантские полости распада, смещение средостения в сторону поражения, бронхогенные очаги отсева с обеих сторон. При лобулярном и ацинозном казеозе выявляются множественные очаги инфильтрации с тенденцией к слиянию и распаду.

Фибробронхоскопия

Диффузный творожистый бронхит с казеозным поражением перибронхиальной ткани, обнаружение МБТ в диагностическом материале, полученном при бронхоскопии

Функция внешнего дыхания (спирография)

Дыхательная недостаточность 3 степени по смешанному типу

Результаты обследования

Консультация ЛОР врача и ларингоскопии

Заключение: туберкулез гортани

Микробиологическое исследование кала на обнаружение микобактерий туберкулеза

Обнаружены КУМ в кале, получен рост колоний МБТ 1+ на жидкой и плотной питательной среде

Микробиологическое исследование осадка мочи на обнаружение микобактерий туберкулеза

Обнаружены КУМ в моче

Результаты обследования

Диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

Папула 0 мм

Результаты обследования

Молекулярно-генетическое исследование с целью определения лекарственной чувствительности, как минимум, к рифампицину

Выделена ДНК МБТ, определены мутации в генах, кодирующих лекарственную устойчивость к рифампицину

Дополнительная информация

Через 3 недели получен результат теста на лекарственную чувствительность в системе *ВАСТЕС MGIT*, выявлена лекарственная устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, канамицину, амикацину, этамбутолу. Сохранена чувствительность к пипразинамиду, протионамиду, ПАСК, капреомицину.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 16.

Пациент 3 лет, при постановке пробы Манту с 2 ТЕ выявлена реакция в виде папулы 12 мм.

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

- БЦЖ привит в роддоме, размер прививочного рубчика составляет 4 мм.
- Родители предоставили результаты флюорографического обследования – без патологии.
- При сборе анамнеза установлен непродолжительный контакт с больным туберкулезом родственником около одного года назад. Более подробных сведений о больном туберкулезом – возможном источнике заражения – нет, в том числе данных о лекарственной чувствительности возбудителя.
- Ранее у врача-фтизиатра на учете не состоял.
- Проба Манту с 2 ТЕ в возрасте одного года – папула 6 мм, в возрасте двух лет – гиперемия 7 мм.

Анамнез жизни

- Родился от I беременности, вес при рождении 3,1 кг. Выписан из роддома домой на 4 сутки.
- Ранний период развития протекал без особенностей. Профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

- В возрасте до одного года наблюдался атопический дерматит. Из перенесенных заболеваний ОРВИ от 3 до 5 раз в год, острый бронхит.
- На диспансерном учете у врачей-специалистов не состоит.
- Начал посещать детский сад 6 месяцев назад.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 12,7 кг, рост 92 см. Кожные покровы чистые, бледные, выражен периорбитальный цианоз. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Пальпируются периферические лимфатические узлы пяти групп, мелкие, плотновато-эластические, безболезненные. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипы не высушиваются, ЧД 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул, диурез не нарушены.

На компьютерной томографии органов дыхания очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани не обнаружено. Увеличены бронхопульмональные лимфатические узлы слева до 12,8×15,1 мм. Заключение: КТ-признаки лимфаденопатии внутригрудных лимфатических узлов.

Результаты лабораторных и иммунологических методов обследования

Общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Гемоглобин, г\л	110,0 - 140,0	110,0
Гематокрит, %	32,0 - 42,0	35,7
Лейкоциты, ×10 ⁹ \л	4,0 - 9,0	11,0
Эритроциты, ×10 ¹² \л	3,5 - 4,5	3,7
Тромбоциты, ×10 ⁹ \л	150,0 - 390,0	300,0
Лейкоцитарная формула, %		
Лимфоциты, %	25,0 - 60,0	19,7
Моноциты, %	2,0 - 10,0	9,0
Нейтрофилы палочкоядерные, %	0,5 - 4,0	2,1
Нейтрофилы сегментоядерные, %	25,0 - 60,0	61,2
Эозинофилы, %	0,0 - 7,0	8,0
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ, мм\ч	2 - 20	15

Общий анализ мочи

Наименование (ед.изм.)	Нормы	Результат
Цвет	Соломенно-желтая	Соломенно-желтая
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Относительная плотность, г\л	1,012-1,025	1,021
Реакция	5,0-9,0	6,0
Белок, г\л	0,000-0,015	Не обнаружен
Глюкоза, моль\л	0,00-0,08	Не обнаружена
Кетоновые тела	0,00	Не обнаружены
Лейкоциты, в поле зрения	0 - 6	4

Эритроциты, в поле зрения	0 - 1	Не обнаружены
Эпителий, в поле зрения	0 - 10	6
Цилиндры гиалиновые	0	Не обнаружены
Слизь	Отсутствует	Не обнаружена
Соли	Отсутствуют	Не обнаружены
Бактерии	Отсутствуют	Не обнаружены
Мицелий	Отсутствуют	Не обнаружен

Исследование промывных вод желудка на МБТ. В анализе промывных вод желудка методом бактериоскопии КУМ не обнаружены, методом посева на жидкие питательные среды МБТ не обнаружены

Кожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). Реакция на кожную пробу с АТР – папула 15 мм

Исследование уровня иммуноглобулина Е. Сенсибилизации не выявлено

Биохимический анализ крови

Название (ед. измерения)	Норма	Результат
Общий белок, г/л	60-85	69
Альбумины, г/л	35-50	45
Фибриноген, г/л	2-4	2,3
Общий билирубин, мкмоль/л	8,5-20,5	11
Прямой билирубин, мкмоль/л	1-8	3
Аспаратаминотрансфераза, ед/л	< 31	24
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	29
(Гамма)-глутаминтрансфераза, ед/л	< 40	27
Щелочная фосфатаза, ед/л	30-110	68
Глюкоза, моль/л	3,3-5,6	3,5

Диагностический тест T-SPOT.TB. Анализ T-SPOT.TB – положительный

Диагностический тест QuantiFERON®-TB Gold. Тест тест QuantiFERON®-TB Gold – положительный

Анализ крови на МБТ методом ПЦР. Результат отрицательный

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.

7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 17.

Мужчина 26 лет обратился к фтизиатру.

Жалобы

На повышение температуры до 39°C, боли в грудной клетке, кашель с мокротой с примесью крови.

Анамнез заболевания

В течение 4-х месяцев постепенно нарастала слабость, снижение аппетита, похудание. Ухудшение 3 дня назад: повышение температуры, кашель с примесью крови.

Анамнез жизни

- страдает хроническим бронхитом, курит в течение 5 лет по 1 пачке сигарет в день, частые простудные заболевания
- алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- в прошлом году имел периодический туберкулезный контакт с родственником МБТ(+) с сохраненной лекарственной чувствительностью
- аллергических реакций не было

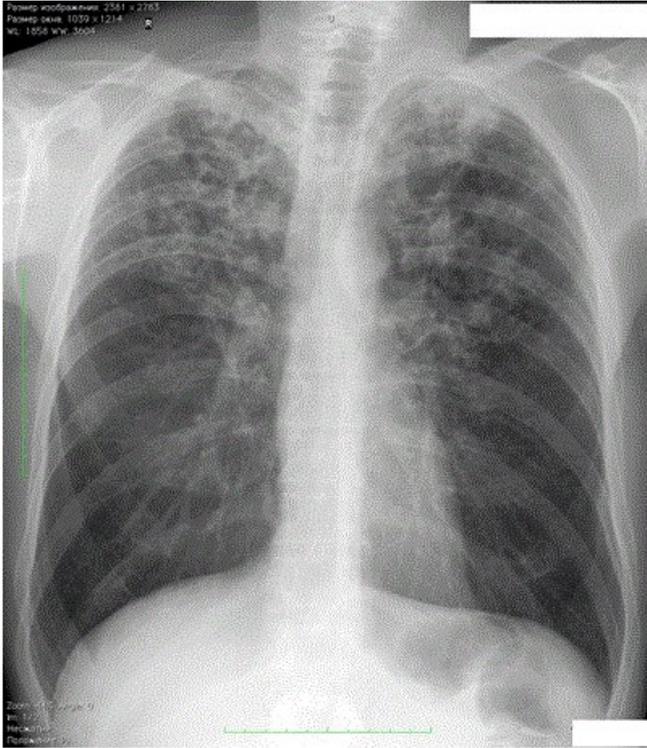
Объективный статус

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

Результаты лабораторного метода обследования

Исследование мокроты методом люминесцентной микроскопии
КУМ 3+

Результаты инструментального метода обследования
Рентгенография органов грудной клетки



На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в S1-2 верхней доле обоих лёгких имеется несколько фокусов затенения крупных размеров, средней интенсивности, неоднородной структуры, контуры нечёткие, в окружающей легочной ткани множество мелких очаговых теней

Дополнительная информация

Пациент получил 30 доз лечения и при контрольном бактериологическом обследовании в мокроте обнаружены МБТ КУМ 2+

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Больной М., 33 лет направлен хирургом поликлиники на консультацию к врачу-фтизиатру с подозрением на туберкулез правого крестцово-подвздошного сочленения.

Жалобы

На боль в правой ягодичной области.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение трех месяцев, когда после самостоятельно выполненной внутривенной инъекции наркотического препарата в правую паховую область отметил подъем температуры до 38 градусов и боль в правой ягодичной области. Был госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ по месту жительства. Проводилась антибактериальная терапия с незначительным положительным эффектом - температура тела снизилась до субфебрильной. Однако болевые ощущения сохранялись, и больной был переведен в неврологическое отделение с предварительным диагнозом радикулита неясной этиологии. В неврологическом отделении продолжена антибактериальная терапия препаратами широкого спектра, на фоне которой температура нормализовалась. Была выполнена рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника - выявлены патологические изменения в правом крестцово-подвздошном сочленении, подозрительные на деструкцию. Больной был выписан с диагнозом сакроилеит с рекомендациями наблюдения хирургом по месту жительства. Через неделю после выписки из стационара в правой ягодичной области сформировался свищевой ход с гнойным отделяемым, по поводу чего пациент обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства, который после проведенного обследования направил пациента на консультацию к фтизиатру.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания: наркомания. Хронический вирусный гепатит С.
- мочекаменная болезнь.
- злоупотребляет наркотическими препаратами
- профессиональных вредностей не имеет
- находился в местах лишения свободы, указывает на эпидконтакт с больными туберкулезом

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы в верхних отделах справа. ЧДД 19/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Перитонеальных явлений нет. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Местный статус- незначительная припухлость мягких тканей правой ягодичной области. В области проекции правого крестцово-подвздошного сочленения имеется отверстие свищевое хода 1x1 см со скудным отделяемым творожистой консистенции. Зондом через отверстие определяется свищевой ход, тупо заканчивающийся в костных массах крестца. Пальпация этой области болезненна. Пальпация правой подвздошной кости и крестца болезненны.

При оценке показателей общего и биохимического анализа крови пациента: лейкоцитов $12,1 \times 10^9/\text{л}$ (норма: $4-9 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ-52 мм в час.

Методом люминесцентной микроскопии КУМ не выявлено.

ДНК МБТ в БАЛ не обнаружена.

Посев на жидкую среду - выявлен рост 3 колоний МБТ с чувствительностью ко всем противотуберкулезным препаратам.

Результаты обследования

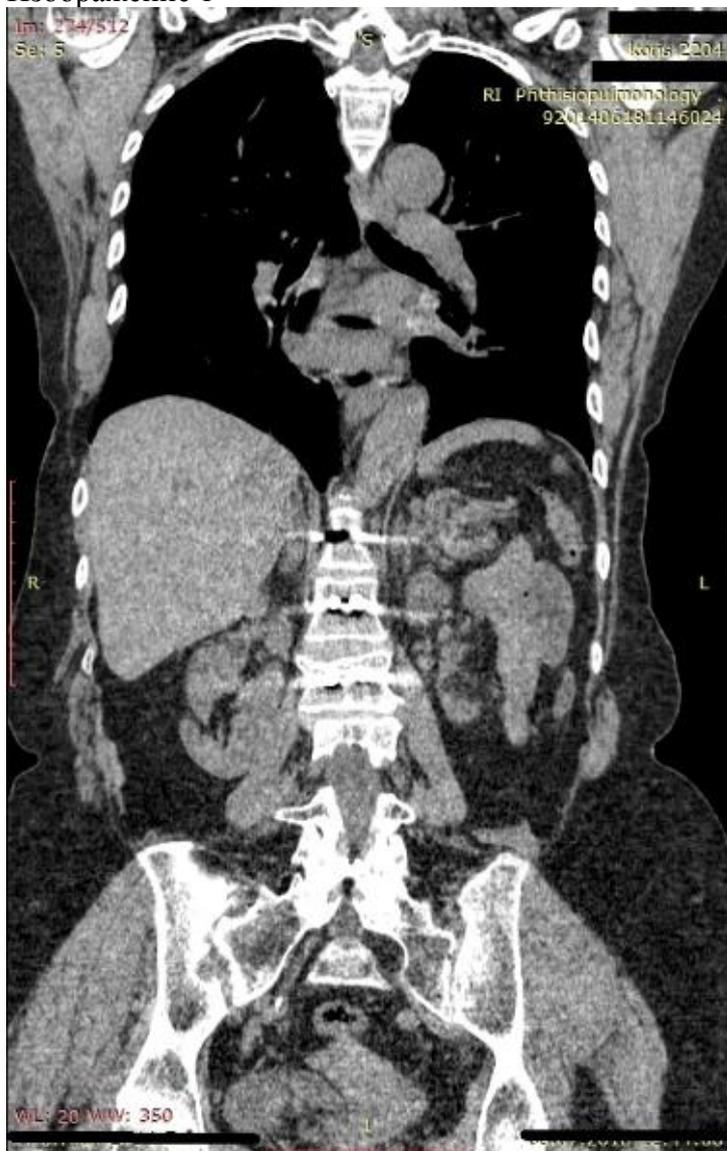
Лучевая визуализация, патоморфологическое исследование, бактериологическое исследование материала

На Ro-и томограммах определяется деструкция и сужение щели правого подвздошно-крестцового сочленения.

Операция - резекция правого крестцово-подвздошного сочленения и фистулэктомии. При исследовании операционного материала патоморфологическая картина гранулематозного воспаления с единичными клетками Пирогова-Лангханса.

При посеве на жидкие питательные среды резекционного материала получен рост 3 колоний МБТ, чувствительных ко всему спектру противотуберкулезных препаратов.

Изображение 1



Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.

3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 19.

Мама обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства с ребенком 8 лет.

Жалобы

На сонливость, отсутствие интереса к окружающим, снижение успеваемости в школе, непостоянные головные боли, периодически субфебрилитет по вечерам, ухудшение самочувствия около 10-ти дней.

Анамнез заболевания

- Участковым врачом-педиатром выставлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести.
- Назначена симптоматическая терапия (жаропонижающие, антигистаминные препараты, витаминотерапия).
- На фоне лечения состояние ребёнка ухудшилось: появились жалобы на головную боль, температура тела повысилась до 39⁰С, стали отмечаться спонтанно возникающие и быстро исчезающие красные пятна на лице и груди.
- Учитывая клиническую симптоматику, участковый врач назначил консультацию невролога.
- Для дальнейшего обследования госпитализирован в инфекционное отделение.
- Осмотр врача-невролога: имеется клиническая неврологическая симптоматика менингита. Показано назначение люмбальной пункции.
- После проведенного обследования, с учетом анамнестических данных, результатов проведенных лабораторных и инструментальных методов обследования лечение больного необходимо проводить в стационаре противотуберкулезного профиля

Анамнез жизни

- Ребёнок рос и развивался нормально.
- Беременность и роды протекали без осложнений.
- Кожный знак от БЦЖ на левом плече 2 мм.
- Из перенесенных заболеваний частые ОРВИ.
- Контакт с больным туберкулёзом не установлен.
- Первичное инфицирование в 6 лет.
- В 8 лет диаскинтест папула 15 мм. На консультацию к педиатру-фтизиатру не направлялся.
- 2 недели назад была травма головы (катался на качелях).

- Все члены семьи обследованы флюорографически, выявлен отец с инфильтративной формой туберкулёза легких в фазе распада МБТ+, лекарственная чувствительность сохранена ко всем ПТП.

Объективный статус

- Состояние средней степени тяжести. Температура 38⁰С. Кожные покровы бледные, обычной влажности, тургор тканей снижен, периорбитальный цианоз.
- Перкуторно – лёгочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 60 в мин.
- При исследовании неврологического статуса выявлены положительные. Менингеальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие.

Результаты лабораторного метода обследования

Исследование спинномозговой жидкости

В анализе спинномозговой жидкости: повышенное давление (жидкость вытекает струёй), цитоз- 200 (нейтрофилы - 10%, лимфоциты – 90%), хлориды- 70 ммоль/л, глюкоза – 0,6 ммоль/л, белок – 1,2 г/л.

Методом ПЦР в ликворе обнаружены МБТ

Анализ на мозговой натрийуретический пептид (BNP) 60 пг/мл

Результаты обследования

- Молекулярно-генетический метод выявления МБТ в ликворе. В ликворе выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, выявлены мутации в гене groV, определена чувствительность ко всем препаратам
- Культуральный метод выявления МБТ в ликворе. Выделена культура МБТ более 100 колоний
- Тестирование на ВИЧ-инфекцию. Отрицательный результат

Результаты инструментальных методов обследования

- Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. Патологических изменений не выявлено
- Исследование глазного дна. Выявлены застойные соски зрительных нервов (индикаторы повышения внутричерепного давления)
- Магнитно-резонансная томография головного мозга. МРТ головного мозга: расширение желудочков головного мозга, накопление контраста в субарахноидальных цистернах и эпандиме.
- Признаки гидроцефалии. Выявлено утолщение базальных оболочек
- Компьютерная томография органов грудной клетки. КТ органов дыхания: патологии легочной ткани не выявлено Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.

6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 20.

Пациент Б. 29 лет, наблюдался и лечился у невролога по поводу межреберной невралгии (НПВС, физиотерапия). При повышении температуры и появления кашля проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, выявлен выпот в плевральной полости, госпитализирован в стационар, консультирован фтизиатром, переведен в диагностическое отделение туберкулезной больницы.

Жалобы

Умеренные боли в грудной клетке, сухой кашель, повышение температуры до 37,8°C, потливость, недомогание.

Анамнез заболевания

Месяц назад появились болезненные ощущения в грудной клетке, обратился в поликлинику, назначено лечение по поводу межреберной невралгии НПВС и физиотерапией. На фоне лечения стала повышаться температура до субфебрильных цифр, появился сухой мучительный кашель, стал отмечать повышенную потливость, умеренную одышку при физической нагрузке. Проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, выявлен выпот в плевру, госпитализирован в отделение торакальной хирургии. После консультации фтизиатра переведен в диагностическое отделение туберкулезной больницы.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания: язвенная болезнь желудка, ХОБЛ, частые ОРВИ – 3-4 раза в год последние несколько лет
- Женат, имеет дочь 2 лет, семья проживают на съемной квартире.
- Средне-специальное образование, профессия водитель, впоследствии работал пекарем, официально не трудоустроен, работал разнорабочим по найму, условия работы были неудовлетворительные, частые переохлаждения, работа интенсивная, режим отдыха не соблюдается.
- Нерегулярно проходит флюорографическое обследование, последнее – несколько лет назад, на дообследование не вызывали (со слов больного).
- В окружении на работе есть длительно кашляющие сотрудники.
- Курит более 15 лет, ½ пачки в день. Алкоголь употребляет умеренно, наркотики не употребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Активен. Кожа и слизистые обычной окраски, влажные, тургор кожи не снижен. Питание несколько снижено. Астенической конституции. Грудная клетка визуально симметричная, правая половина ограничена в дыхательных экскурсиях. Незначительное притупление перкуторного звука под правой ключицей, в этой зоне дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Притупление перкуторного тона в нижних отделах правого легкого, дыхание в этой зоне значительно

ослаблено. Область сердца визуально не изменена, тоны приглушены, ЧСС 88 в 1 мин., пульс ритмичный, хорошего наполнения. АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий б/б при пальпации. Печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование мокроты или БАЛЖ (при отсутствии мокроты) и плеврального выпота на МБТ

В плевральной жидкости методом ПЦР по технологии GeneXpert выявлена ДНК МБ, устойчивости к рифампицину не определяется.

В мокроте методом ПЦР по технологии GeneXpert ДНК МБ не выявлена.

Посев на жидкие и плотные питательные среды – в работе.

Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным 26 мм

Иммунологическое исследование крови на антитела к M. Tuberculosis

IgA 2,6 г/л;

IgG 19,9 г/л;

IgM 1,7 г/л;

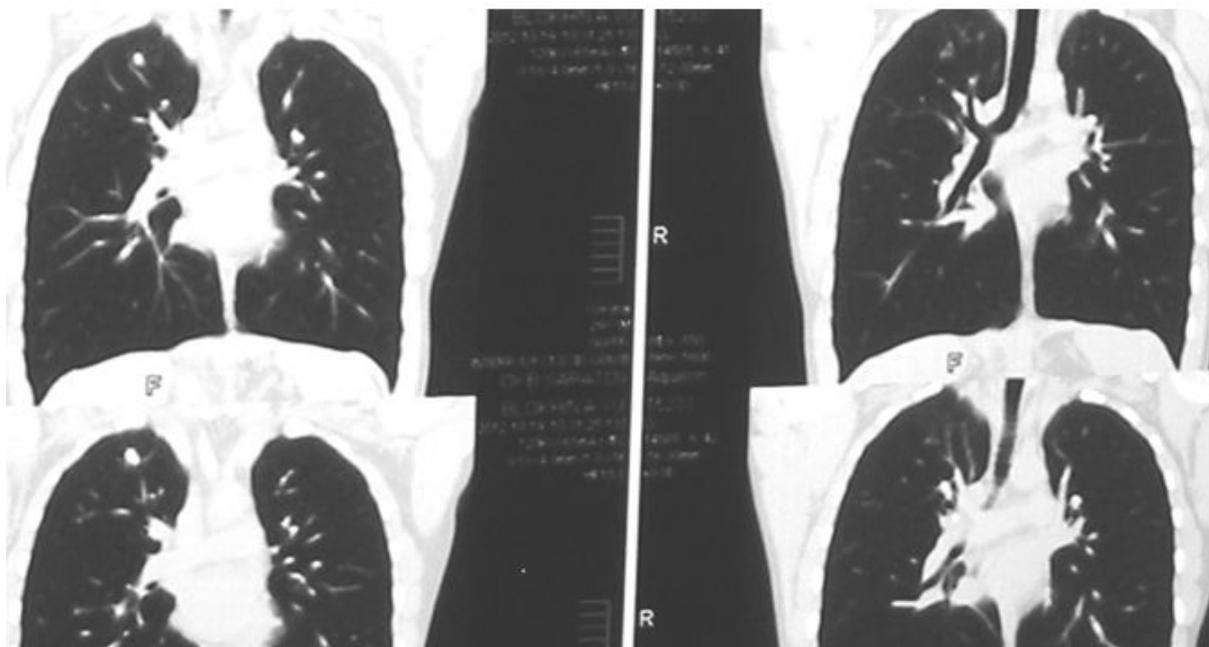
IgE 106,3 г/л

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой(-ых) проекциях

На обзорной рентгенограмме в верхней доле правого легкого определяются 2 крупных очага: один очаг размерами 10 мм средней интенсивности с нечеткими контурами и очаг 8 мм высокой интенсивности с четкими контурами. Рядом располагаются множественные мелкие очаги 2-3 мм средней интенсивности с нечеткими контурами, имеются линейные тени (плевропульмональные тяжи). В нижних отделах справа от 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное затемнение с косо восходящим уровнем однородной структуры. В левом легком очаговых и инфильтративных изменений не определяется.

СКТ органов грудной клетки



После максимальной эвакуации жидкости из плевральной полости выполнено КТ-исследование органов грудной клетки: Исследование выполнено спиральным сканированием срезами 5 мм с последующей реконструкцией 1,2 мм без контрастного

усиления. В верхней доле в проекции С1 на границе с С3 определяется очаг 11 × 10 мм с множественными очагами рядом от 2 до 3-4 мм с фиброзными тяжами к паракостальной плевре. В С3 очаг 7 × 8 мм с кальцинатом с мелкими очагами в прилежащей ткани. Корни легких не расширены. Просвет трахеи и бронхов сохранены. Органы средостения структурны, не смещены. В правой плевральной полости выявлено незначительное количество жидкости, плевра утолщена.

Оценка диффузионной способности легких. Диффузионная способность легких 82% от должного значения

Сцинтиграфия легких. Незначительные нарушения капиллярного легочного кровотока в проекции нижних сегментов правого легкого.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 21.

Больной С., 37 лет, заболел остро 2 недели назад, когда появилась лихорадка до 38⁰С, кашель со слизистой мокротой. Обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Слабость, потливость, лихорадка до 38⁰С, кашель со слизистой мокротой.

- **Анамнез заболевания**
- Заболел остро 2 недели назад, когда повысилась температура до 38⁰С, потливость, слабость, стал беспокоить кашель, мокрота отделялась с трудом, была слизистой.
- Лечился самостоятельно домашними средствами, продолжал работать. Обратился в поликлинику в связи с отсутствием эффекта от самолечения.
- Был госпитализирован в терапевтический стационар с диагнозом «пневмония».
- Получил курс антибактериальной терапии широкого спектра действия без эффекта.
- ОАК: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 7 000/мл, СОЭ 31 мм/час.
- Кожная проба с АТР (Диаскинтест) - папула 15 мм.
- В мокроте при окраске по Циль-Нильсену КУМ не обнаружены.
- Рентгенография органов грудной клетки: в проекции верхней доли правого легкого - неомогенное затемнение неправильной формы с нечеткими контурами

преимущественно средней интенсивности с просветлением неправильной формы с четким внутренним контуром размером 15 мм на 12 мм. В средних и нижних отделах правого легкого множественные очаги и фокусы малой и средней интенсивности. Корни легких структурны. Тень сердца не изменена, обычно расположена.

- Консультирован фтизиатром. Переведен в противотуберкулезный стационар.

Анамнез жизни

Работает шофером. Курит 15 лет по пачке сигарет в день. Ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Рентгенологически не обследовался в течение 2 лет. Проживает в однокомнатной квартире с женой и сыном 1,5 лет.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, паравертебрально справа в верхнем отделе и в подмышечной области выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 18 в минуту. ЧСС 100 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент 2 тона над легочной артерией. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР. ДНК МБТ методом ПЦР обнаружена
Посев мокроты на плотные (3 раза) и жидкие питательные среды. Рост МБТ получен 2+
Определение лекарственной чувствительности МБТ. МБТ чувствительны к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам
Бактериологическое исследование аспирата. ДНК МБТ и КУМ в аспирате из бронха обнаружены

Результаты инструментальных методов обследования

МСКТ органов грудной клетки

В верхней доле правого легкого имеется зона консолидации с нечеткими контурами и множественными очагами по периферии. Во 2 сегменте – полость 15 на 9 мм неправильной формы. Бронхи верхней доли правого легкого прослеживаются полностью. В нижней доле правого легкого множественные очаги. Лимфоузлы средостения визуализируются, до 10 мм в диаметре, в правой бронхопульмональной группе – единичные мелкие кальцинаты.

Фибробронхоскопия

Справа в верхнедолевом бронхе рубцовые изменения без стеноза

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностические возможности.

5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 22.

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°C, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления вначале субфебрильной температуры до 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, снижения аппетита.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально
- в анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем
- в течение последнего года, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, слабости, снижение массы тела
- вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит
- проживает с ребенком 6 лет в однокомнатной квартире

Объективный статус

- Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстаёт правая половина, одышка в покое, ЧДД – 24 в минуту, акроцианоз.
- При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации – в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот втянут, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.
- Вызвана «скорая медицинская помощь» и пациентка госпитализирована в стационар городской больницы с подозрением на пневмонию.
- Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Результаты лабораторных методов обследования

Общеклинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5

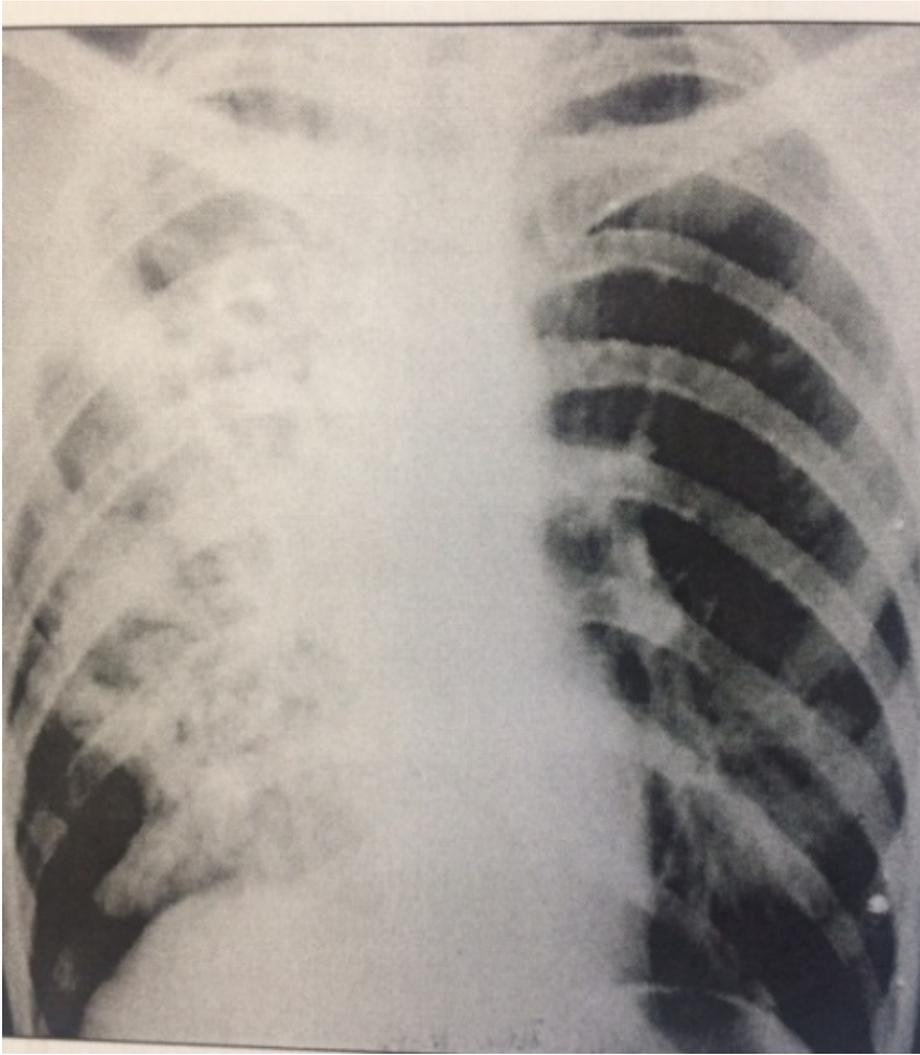
Показатель	Результат	Нормы
Гемоглобин (Hb), г/л	115,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	34,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	180,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	20,4	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	18,0	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	54,0	47-72
Эозинофилы, %	5,0	1-5
Базофилы, %	0,0	0-1
Лимфоциты, %	11,0	19-37
Моноциты, %	12,0	2-10
СОЭ, мм/ч	55	м. 2-10 ж. 2-15

Микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий. Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Бактериологическое исследование мокроты. Streptococcus альфа-гемолитический 10⁸ (норма 10⁵-10⁶), результат получен на 4 день

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: определяется тотальное затемнение правого легочного поля в проекции 2,3,4,5 и 6 сегментов правого легкого, с множественными участками просветления, со смещением средостения в пораженную сторону, сужением межреберных промежутков и высоким стоянием купола диафрагмы справа. В язычковых сегментах нижней доле левого легкого – очаговые затемнения разных размеров слабой интенсивности.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.

9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 23.

У мужчины 49 лет при контрольной флюорографии выявлены очаговые изменения в легких. Направлен на консультацию фтизиатра.

Жалобы

На покашливание со скудной мокротой

Анамнез заболевания

Изменения в легких выявлены при контрольной флюорографии (обследован в связи с выражением туберкулиновой пробы у внука). Не проходил флюорографию более 5 лет. Со слов, ранее на дообследование не вызывался. Предшествующий флюорографический кадр не найден.

После флюорографии рентгенологически дообследован. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле правого легкого определяются полиморфные очаговые тени средней и высокой интенсивности, от мелкого до крупного размера, с четкими контурами на фоне пневмофиброза.



Туберкулезный контакт и перенесенный в прошлом туберкулез отрицает.

Общеклинический анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 157 г/л, лейкоциты $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи без особенностей.

КУМ в мокроте методом микроскопии по Цилю-Нильсену не обнаружены 3-кратно

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания: хронический бронхит, артериальная гипертензия 2 ст., р.2.

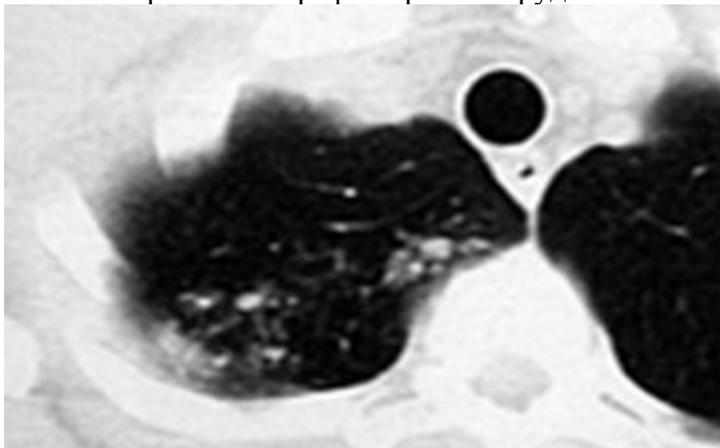
- Эпиданамнез: ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, малярию отрицает.
- Аллергический статус не отягощен.
- Курит с 17 лет, алкоголем, со слов, не злоупотребляет.
- Проживает в частном доме вместе с женой, взрослой дочерью и внуком 5 лет. Материальное состояние семьи недостаточное.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное.
- Температура 37,0С.
- Вес 68 кг, рост 175 см.
- Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены.
- Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Перкуторный звук легочный. Над легкими единичные рассеянные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания, частота дыхания 18 в минуту.
- Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст.
- Язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, умеренно болезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется.
- Физиологические отправления в норме.

Результаты обследования

Компьютерная томография органов грудной клетки (ОГК)



Компьютерная томография ОГК.

Описание: в верхней доле правого легкого на фоне фиброза определяются разнокалиберные перибронхиальные очаги от 4 до 10 мм различной плотности – от умеренной до известковой. Во 2 сегменте правого легкого на ограниченном участке имеется утолщение плевры, в прилегающей легочной ткани группа полиморфных очагов, локальный пневмофиброз. В бронхопульмональных лимфатических узлах справа определяются множественные кальцинаты.

Результаты обследования

Культуральное исследование для выявления микобактерий. При посевах роста колоний микобактерий туберкулеза нет.

Молекулярно-генетический анализ мокроты на обнаружение ДНК МБТ. ДНК МБТ в анализе мокроты не обнаружена

Повторное молекулярно-генетическое исследование для обнаружения ДНК МБТ. ДНК МБТ не найдена

Множественное, не менее 6 раз микроскопическое исследование по методу Циля-Нильсена. КУМ в мокроте не обнаружены

Дополнительная информация

После курса специфической химиотерапии на компьютерной томографии (КТ) положительная динамика в виде частичного рассасывания очаговых теней, уменьшения в размерах наиболее крупных. Кальцинаты в легком и корне сохраняются без изменений.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 24.

Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до 38° С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3-х недель

Анамнез заболевания

В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2° С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками крови.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально
- в детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом
- состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев
- перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось

- в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела
- неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост - 165 см.

При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд. в минуту, АД – 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест – папула 10 мм.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	135,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	224,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	10,4	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	48	47-72
Эозинофилы, %	0,0	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	14,1	19-37
Моноциты, %	12	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10ж. 2-15

Прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР в режиме реального времени
Методом ПЦР обнаружена ДНК микобактерий туберкулезного комплекса, чувствительные к HRFg

Результаты инструментальных методов обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



В нижней доле определяется участок затемнения легочной ткани, неоднородной структуры с нечеткими контурами, с просветлением в центре инфильтрата. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне усиленного рисунка мелкие очаги с нечеткими контурами, видна «дорожка» к корню легкого. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 25.

Больной 52 года, инженер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, ночную потливость, резкую слабость, кашель с мокротой, периодически - боли в правом боку.

Анамнез заболевания

За последние 3 месяца, несмотря на регулярный прием сахароснижающих препаратов, отмечает ухудшение компенсации сахарного диабета.

При обследовании в поликлинике была заподозрена правосторонняя пневмония, в течение 10 дней проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия без выраженного клинического эффекта.

За последние 3 дня отмечает ухудшение самочувствия.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально
- работает инженером в финансовой компании
- перенесенные заболевания: страдает сахарным диабетом в течение 10 лет
- флюорографическое обследование органов грудной клетки проходит ежегодно, патологии не было выявлено, последнее полгода назад
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает с семьей, имеет 2 детей, проживает в трехкомнатной благоустроенной квартире

Объективный статус

- Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен, пониженного питания: масса тела 63 кг, рост 176 см.
- Грудная клетка нормостеническая, правая половина отстаёт при дыхании.
- При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, при аускультации – влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в подмышечной области справа.
- Со стороны других органов патологии не обнаружено.
- При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ +++).
- Направлена на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
- Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР: выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, выявлены мутации в гене *rpoB*. Определена устойчивость к рифампицину.
- Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм, диаскинтест – папула 8 мм.

Данные клинико-инструментальных методов исследования

Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	100,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	36,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	234,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	12,0	4-9

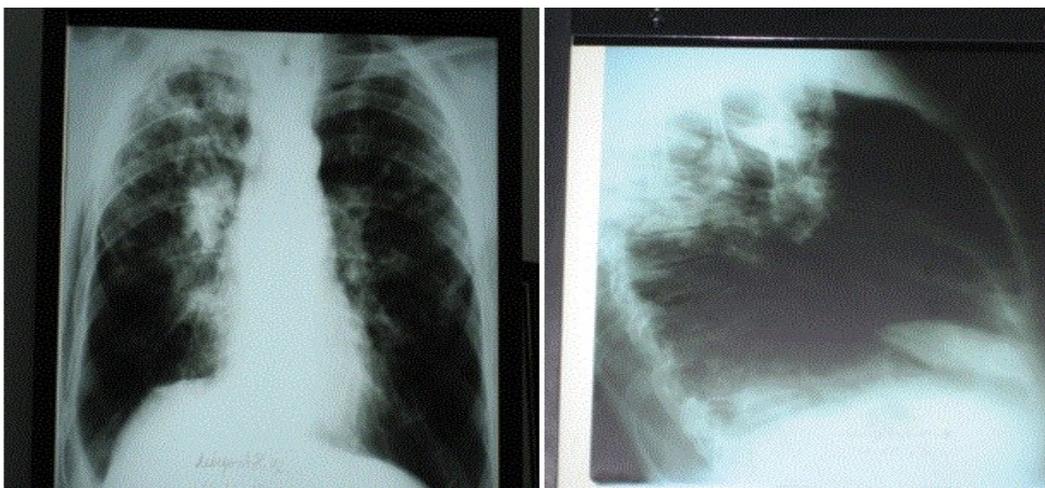
Показатель	Результат	Нормы
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	16	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58,0	47-72
Эозинофилы, %	4,0	1-5
Базофилы, %	0,0	0-1
Лимфоциты, %	13,0	19-37
Моноциты, %	12,0	2-10
СОЭ, мм/ч	30	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	60	64 - 82 г/л
Альбумин	26	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	96	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	26,0	15,0 - 61,0
АСТ	22,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	78,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	8,6	3,89 - 5,83

Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1018 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	0,3	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	+	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-4	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-8	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	единичные	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	++	отсутствуют



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в 2-х проекциях: справа в области верхней доле определяется участок неоднородной инфильтрации, средней интенсивности с размытыми контурами, подчеркнутой нижней границей и участками просветления в области второго сегмента, видна «дорожка» к корню легкого. В нижней доле левого легкого очаговые тени малой интенсивности. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена, содержит кальцинат.

Результаты обследования

Двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия. Посев на жидкие и плотные питательные среды

КУМ обнаружены (3+).

Посев на жидкой питательной среде – через три недели МБТ (+) обнаружены.

Посев на плотной питательной среде – в работе.

Двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам

ДНК МБТ обнаружена

Диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

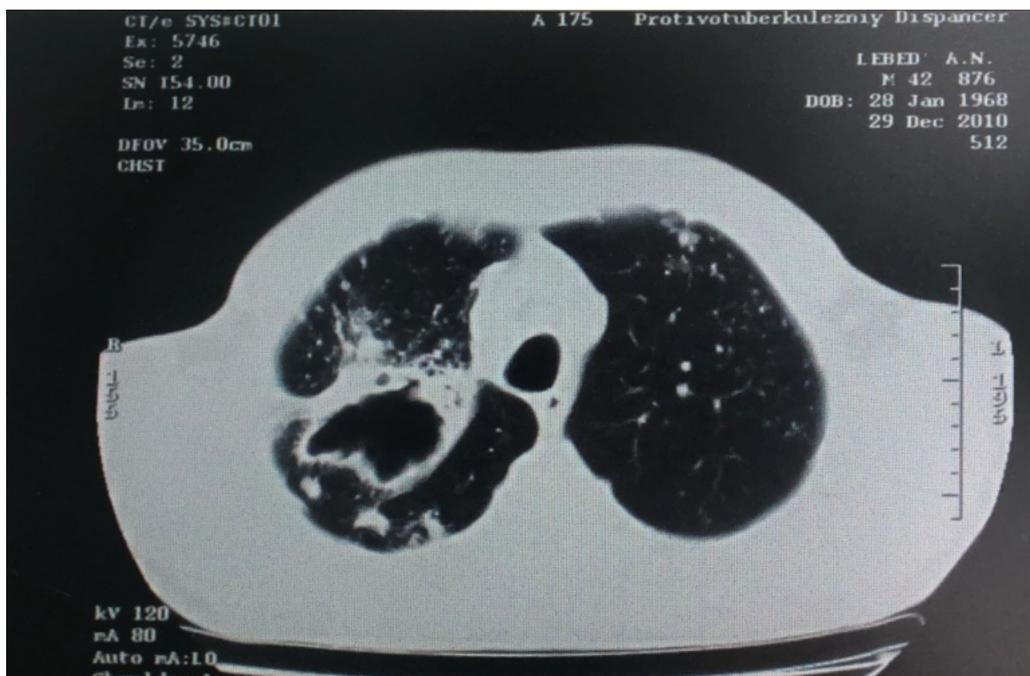
Папула 8 мм

Бактериологическое исследование мокроты

Streptococcus альфа-гемолитический 10^8 (норма 10^5 - 10^6), результат получен на 4 день

Результаты инструментальных методов обследования

Компьютерная томография органов грудной полости



Справа в верхней доле определяется участок инфильтративного затемнения легочной ткани, неоднородной структуры с нечеткими контурами, с наличием полости распада, в окружающей легочной ткани очаги обсеменения. Тень правого корня фиброзно уплотнена, подтянута вверх. Жидкость в плевральных полостях не определяется
 Фибробронхоскопия

Голосовая щель проходима, симметричная. Связки подвижные. Трахея проходима, просвет не деформирован, слизистая без особенностей. Хрящевой и сосудистый рисунок не изменен. Бронхи проходимы. Слизистая розовая, гладкая

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое возможности.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 26.

Мужчина 45 лет обратился к фтизиатру.

Жалобы

Слабость, быстрая утомляемость.

Анамнез заболевания

При ежегодном профилактическом осмотре во время прохождения флюорографии были выявлены изменения, после чего больной был направлен к фтизиатру.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Профессия: преподаватель.
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия.
- Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом МБТ(-)
- Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно.
- Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены.

Грудная клетка – правильной формы. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Результаты лабораторного метода обследования

Исследование мокроты методом люминесцентной микроскопии

КУМ – отрицательно

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в S1-2 верхней доле левого лёгкого имеется несколько фокусов затенения крупных размеров (7,5-9см), округлой формы, средней интенсивности, гомогенной структуры, контуры нечёткие, размытые. Корни структурированы. Справа без особенностей.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.

7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 27.

Больная М., 7 лет, на приеме у врача-фтизиатра.

Жалобы

На плохой аппетит, утомляемость, потливость преимущественно в вечернее время, повышенную плаксивость.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально
- Место жительства: ребенок является воспитанником детского дома, проживает в комнате еще с пятью детьми.
- Перенесенные заболевания и операции: часто болеет простудными заболеваниями, бронхитом. В роддоме вакцинирована БЦЖ-М, на правом плече рубчик 4 мм.
- Предыдущие кожные реакции на туберкулин: в возрасте 5 лет – инфильтрат 5 мм, 6 лет- инфильтрат 3мм.
- Контакт с больным туберкулезом: отрицает.
- Аллергоанамнез: не отягощен.

Анамнез жизни

- При проведении ежегодной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, кожная реакция на туберкулин через 72 часа – папула 14 мм.
- Была консультирована педиатром и направлена в детское отделение противотуберкулезного диспансера.

Объективный статус

- Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировой слой не выражен, пальпируются увеличенные подключичные и надключичные, шейные лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции, безболезненные.
- ЧДД – 19 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение зоны притупления легочного звука по паравертебральной линии справа.
- ЧСС-80 уд/мин.

Результаты лабораторных методов обследования

Диаскинтест. Папула 8 мм

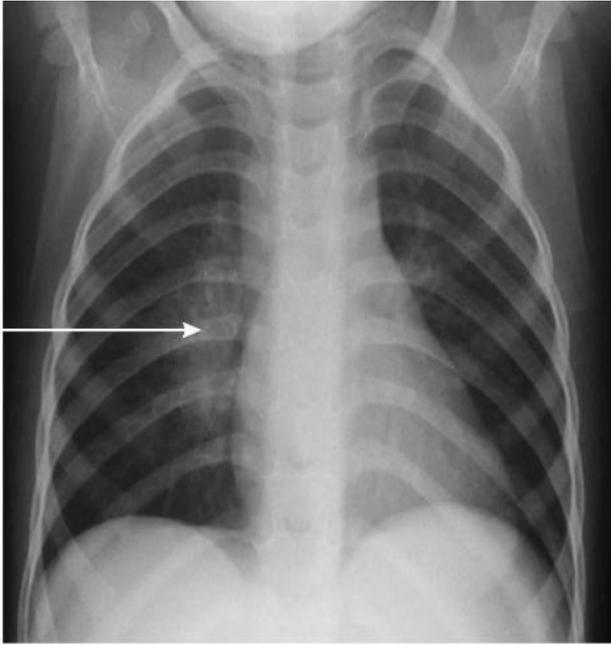
Микробиологическое исследование мокроты. Люминесцентная микроскопия: КУМ (-) – не обнаружены,

Посев: МБТ (-) – не обнаружены,

Полимеразная цепная реакция: ДНК МБТ (-) не выявлена.

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях / компьютерная томография



На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в легочных полях очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, сосудистый рисунок слева усилен. Определяется расширение корня легкого справа.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 28.

Больная Ц. 75 лет обратилась к терапевту в поликлинику.

Жалобы

Жалуется на недомогание, слабость, субфебрильную температуру, ночной пот, снижение массы тела, потерю аппетита, кровохарканье, одышку, боль в груди.

Анамнез заболевания

Страдает более 20 лет хронической обструктивной болезнью легких, в последние 5 лет - с обострениями 2 раза в год (после перенесенных острых вирусных заболеваний), дважды требовалась госпитализация. Вне обострения беспокоил кашель с мокротой по утрам, одышка при физической нагрузке.

Последнее обострение (месяц назад) связывает с сильным переохлаждением. Постепенно появились недомогание, слабость, субфебрильная температура, потливость по ночам, отметила снижение массы тела, потерю аппетита. Стал беспокоить кашель с обильной мокротой, появилась примесь крови в мокроте, одышка, боль в груди. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (жаропонижающие). При появлении в последние дни примеси крови в мокроте, нарастании одышки, боли в груди обратилась к терапевту в поликлинику.

Анамнез жизни

Курит много лет (более 40 лет), индекс курильщика – 25,2 п/л. В анамнезе – хроническая обструктивная болезнь легких, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (проявлялась кислотой, которые чаще возникали после еды, при наклоне туловища вперед или в ночное время).

В течение 15 лет работала в условиях вредного производства (высокая запыленность рабочей зоны на торфоперерабатывающем заводе).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела снижена (ИМТ-18,4 кг/м²). Кожа влажная, горячая на ощупь, умеренный акроцианоз, температура тела 37,5 С. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 92 в 1 мин., АД 130/80 мм. рт. ст. ЧДД - 24 в 1 мин. SpO₂ – 82%. При перкуссии грудной клетки: коробочный звук. При аускультации легких: жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Перкуторные размеры 9х8х7х см. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Эритроциты	4,8×10 ¹² /л,
гемоглобин	133 г\л,
цветовой показатель	0,92
лейкоциты	9,2×10 ⁹ /л
палочкоядерные	3
сегментоядерные	73
эозинофилы	2
лимфоциты	19
моноциты	3
СОЭ	48 мм/час

Микроскопия мокроты по Цилю-Нильсену с целью микробиологической идентификации возбудителя

При исследовании, проведенном дважды в независимо взятых образцах, выявлены кислотоустойчивые микобактерии, при типировании – вид медленнорастущих *M. avium* из группы MAC (*M. avium complex*)

Диаскинтест тест – отрицательный

Результаты инструментальных методов обследования

Компьютерная томография легких высокого разрешения. При компьютерном томографическом исследовании высокого разрешения рентгенологическая картина включает множественные бронхоэктазы, полости с фиброзными стенками и одиночные очаговые тени

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 29.

Пациентка В, 32 года, направлена участковым терапевтом на консультацию к врачу фтизиатру.

Жалобы

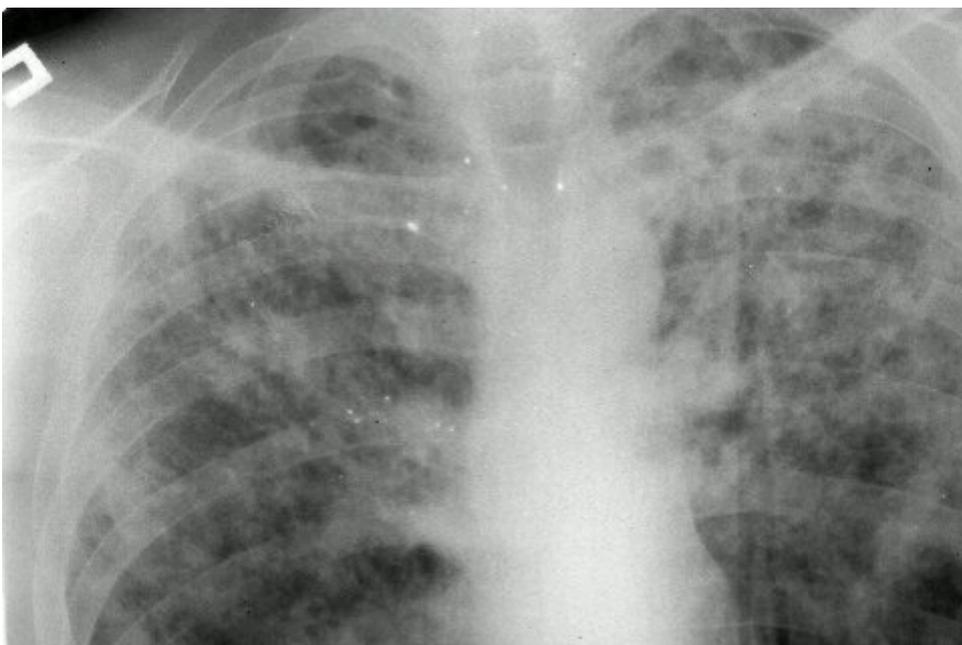
- слабость, ночная потливость;
- осиплость голоса;
- кашель с небольшим количеством слизистой мокроты;
- одышка при умеренной физической нагрузке;
- субфебрильная температура в послеобеденное время.

Анамнез заболевания

- Туберкулезом ранее не болела. Контакт с больными туберкулезом отрицает.
- Флюорографическое обследование проводилось 1 год назад, без патологии.
- Изменения в легких выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании. Слабость и ночную потливость ощущает в течение месяца, к врачу не обращалась.
- Кашель и осиплость голоса отмечают в течение 3-х недель.

В поликлинике проведено обследование пациента:

- в мокроте кислотоустойчивые бактерии при 3-х кратном исследовании не найдены
- в общем анализе крови: скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч.
- проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки



По всем лёгочным полям с обеих сторон определяются очаговые тени с нечёткими контурами, полиморфные, местами сливаются между собой в инфильтраты. Контуров корней нечёткие.

Анамнез жизни

- Работает бухгалтером в офисе.
- Не замужем.
- Вредных привычек не имеет.
- Флюорографическое обследование проходит регулярно, последнее – год назад, на дообследование не вызывали.
- Живет в однокомнатной неблагоустроенной квартире.

Объективный статус

- Общее состояние средней тяжести. Температура 38,7⁰С. Вес 62 кг, рост 167 см.
- Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, чистые.
- Частота дыханий – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, влажные локальные мелкопузырчатые хрипы.
- Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Результаты лабораторных методов обследования

- Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР. В мокроте выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, выявлены мутации в гене groV. Определена устойчивость к рифампицину
- Посев мокроты на МБТ на жидких питательных средах с автоматической детекцией роста
- Выделена культура МБТ более 100 колоний. Результаты инструментальных методов обследования
- Фибробронхоскопия. Локальных изменений в бронхах не выявлено
- Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении. Папула 15 мм

Дополнительная информация

Консультация оториноларинголога. В результате осмотра выставлен диагноз - Туберкулёз гортани

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

Ситуация 30.

Больной 43 года обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На боли в горле, потерю голоса, повышение температуры 37-38,5°C, кашель малопродуктивный, одышка при незначительной нагрузке.

Анамнез заболевания

- Начало заболевания связывает с переохлаждением.
- В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 38,2°C, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.
- Осмотрен участковым терапевтом, рекомендовано рентгенографическое обследование органов грудной клетки было заподозрено течение пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффекта от проводимой терапии не отмечалось.

Анамнез жизни

- В подростковом возрасте состоял на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулезного инфицирования микобактерией туберкулеза с гиперергической чувствительностью к туберкулину.
- Проводилась первичная химиопрофилактика изониазидом в течение 3-х месяцев.
- Снят с учета через 1 год после курса химиопрофилактики.
- Часто наблюдались простудные заболевания.
- В последующие годы флюорографическое обследование проходил нерегулярно, последнее флюорографическое обследование - 5 лет назад.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
- Много работает, работа связана с частыми командировками.
- Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

Объективный статус

- Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 66 кг, рост - 175 см.
- При перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука.
- При аускультации в обоих легких в верхних отделах выслушивается жесткое дыхание, в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 88 уд. в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.
- В мокроте методом люминесцентной микроскопии выявлены кислотоустойчивые микобактерии.
- Осмотрен отоларингологом – поражение гортани специфического характера.
- Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 16 мм.
- Диаскинтест – папула 15 мм.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

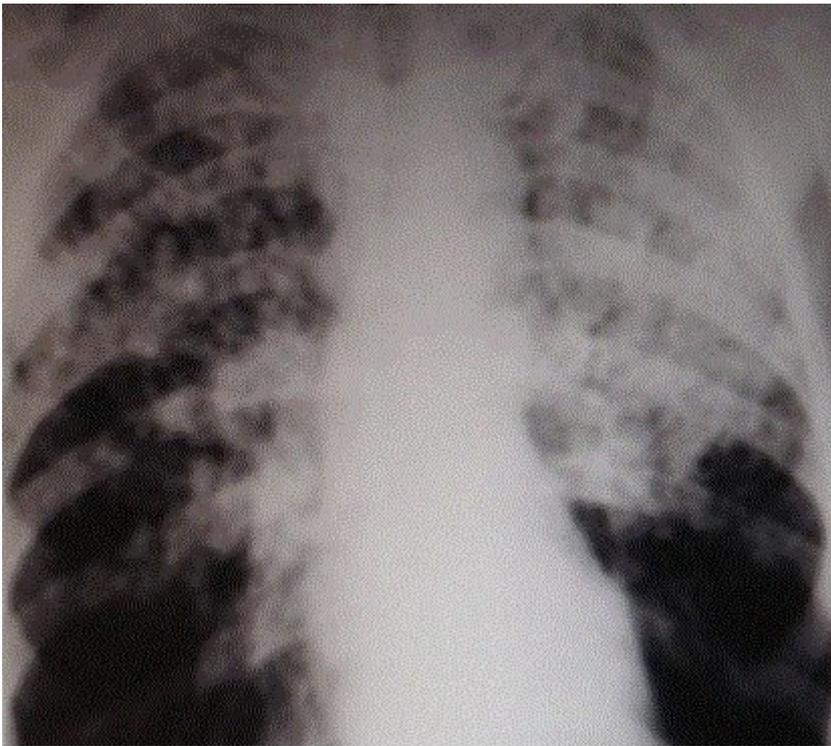
Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	142,0	м. 130-160 ж. 120-140
Цветовой показатель (ЦП)	0,92	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	224	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	13,2	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	72	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	12,0	19-37
Моноциты, %	8	2-10
СОЭ, мм/ч	45	м. 2-10 ж. 2-15

Микробиологическое исследование мокроты. Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Бактериологическое исследование мокроты. *Klebsiella pneumonia* - <1* 10⁵, (норма 10⁵), результат получен на 5 день

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



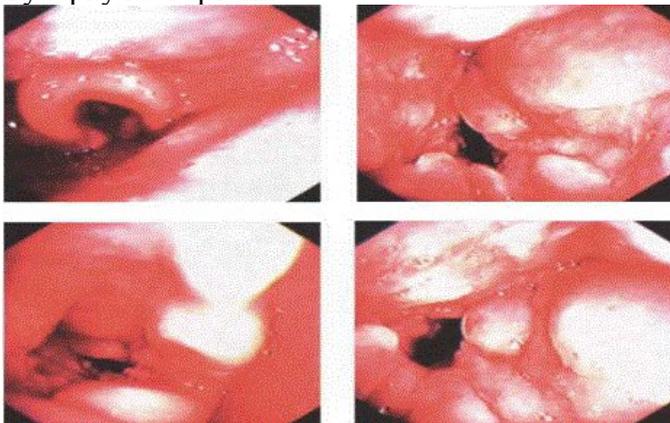
Результаты обследования

Диссеминированный туберкулез

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в верхних и средних отделах обоих легких выявляются симметрично расположенные, множественные экссудативные очаги, сливающиеся между собой. Очаги полиморфные, преимущественно средних размеров, с просветлениями в центре. В корнях легких определяются кальцинаты.

Результаты обследования.

Туберкулез гортани



Инфильтративный туберкулез гортани. Ларингоскопия

Отоларинголог. Ограничение подвижности голосовых складок и гиперемия слизистых оболочек с характерными туберкулезными бугорками – инфильтратами

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

2. Оцените объективную и субъективную картину представленного случая, выделите и обоснуйте комплекс симптомов, которые Вы готовы использовать для обоснования окончательного диагноза.
3. Интерпретируйте рентгенологическую картину изменений в легких и обоснуйте синдром, подходящий для обоснования вероятного диагноза.
4. Выделите особенности лабораторных показателей и обоснуйте их диагностическое значение.
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и обоснуйте их роль в обосновании диагноза.
6. Интерпретируйте данные иммунологических исследований и обоснуйте их диагностическое значение.
7. Определите и обоснуйте круг сходных заболеваний и их вероятность в данном случае.
8. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
9. В случае сомнений в поставленном диагнозе предложите и обоснуйте дополнительные диагностические методики.
10. При необходимости обоснуйте двухнедельное наблюдение и пробное лечение пациента.

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Перельман, М. И. Фтизиатрия: учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 448 с. «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433188.html>
2. Фтизиатрия: учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 576 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481974.html>

Дополнительная литература

1. Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких: учебное пособие / Бородулина Е. А., Бородулин Б. Е., Кузнецова А. Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 120 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459911.html>
2. ВИЧ-инфекция и СПИД [Электронный ресурс] / Покровский В.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. Серия «Национальные руководства» URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970464687.html>
3. Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970442142.html>
4. Зверев, В. В. Вакцины и вакцинация: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хаитова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 640 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428665.html>
5. Зими́на, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 256 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458242.html>
6. Кишкун, А. А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие / Кишкун А. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1000 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448304.html>
7. Клинико-лучевая диагностика ранних форм туберкулеза: учеб. пособие / [Н. С. Воротынцева, С. С. Гольев, М. Ю. Зозуля]; под ред. Н. С. Воротынцевой; Курский

гос. мед. ун-т, каф. лучевой диагностики и терапии. – Курск: Изд-во КГМУ, 2019. – 127 с. http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/irbis_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21ID=GUEST&I21DBN=ECAT_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=616%2D002%2E5%2F%D0%9A%2049%2D556747367%3C.%3E&USES21ALL=1

8. Кукес, В. Г. Клиническая фармакология: учебник / В. Г. Кукес, Д. А. Сычев [и др.]; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. – 6-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1024 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468074.html>
9. Кульчавеня, Е. В. Туберкулез как заболевание, передающееся половым путем: руководство для врачей / Е. В. Кульчавеня. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 160 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475591.html>
10. Лобзин, Ю. В. Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях : учебное пособие / под ред. Ю. В. Лобзина, Е. Е. Ачкасова, Д. Ю. Бутко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456279.html>
11. Мишин, В. Ю. Туберкулинодиагностика / Мишин В. Ю. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 136 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423387.html>
12. Пантелеев, А. М. Лечение туберкулеза у детей и взрослых: руководство / А. М. Пантелеев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 576 с. URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970482469.html>
13. Пантелеев, А. М. Туберкулез и ВИЧ-инфекция / А. М. Пантелеев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 352 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467336.html>
14. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация / Г. Н. Пономаренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 368 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459454.html>
15. Противотуберкулезный диспансер: эффективная междисциплинарная концепция: руководство / под ред. В. А. Аксеновой, И. А. Божкова, Г. С. Баласанянц. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 432 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477137.html>
16. Санаторно-курортное лечение: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Н. Разумова, В. И. Стародубова, Г. Н. Пономаренко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 704 с. (Серия «Национальные руководства») // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466544.html>
17. Троян, В. Н. Лучевая диагностика органов грудной клетки / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 584 с. (серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии») // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428702.html>
18. Туберкулез и беременность: учебное пособие / В. Н. Зимина, И. Б. Викторова, О. О. Винокурова, А. В. Нестеренко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 112 с. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970478134.html>
19. Фтизиатрия [Электронный ресурс] / Аксенова В.А., Апт А.С., Баринов В.С. и др. / Под ред. М.И. Перельмана – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. Серия «Национальные руководства» URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970412329.html>

20. Непрерывное медицинское образование фтизиатра: учеб. пособие по организации и контролю при дистанц. обучении (стажировка) по специальности «Фтизиатрия» / В. М. Коломиец; Курский гос. мед. ун-т. — Курск: КГМУ, 2019. — 495 с. URL: http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=616%2D002%2E5%2F%D0%9A%2061%2D836326356
21. Чучалин, А. Г. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 800 с. — ISBN 978-5-9704-4814-4. — Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. — URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448144.html>
22. Чучалин, А. Г. Респираторная медицина: в 3 т. Т. 1.: руководство / под ред. А. Г. Чучалина — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 640 с // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. — URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502621.html>
23. Яблонский, П. К. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 240 с // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. — URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436752.html>

Периодические издания (журналы)

1. Туберкулез и социально-значимые заболевания. http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/irbis_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21ID=GUEST&I21DBN=PERI_FULLTEXT&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=%D0%A2439136465%3C.%3E&USES21ALL=1
2. Стоматология. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/117555/udb/12/стоматология>
3. Профилактическая медицина. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/122407/udb/12/профилактическая-медицина>
4. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/4627/udb/12/педиатрия-журнал-им-г-н-сперанского>
5. Медицинская иммунология. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/72023/udb/12/медицинская-иммунология>
6. Клиническая медицина. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/42247/udb/12/клиническая-медицина>
7. Вестник рентгенологии и радиологии. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/112086/udb/12/вестник-рентгенологии-и-радиологии>

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Консультант студента. URL: <https://www.studentlibrary.ru/>
2. Консультант Плюс. URL: https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
3. Методический центр аккредитации специалистов. URL: <https://fmza.ru/>
4. Министерство образования и науки Российской Федерации. URL: <https://minobrnauki.gov.ru/>
5. Московское общество фтизиатров. URL: <http://m-o-f.ru/>
8. Национальная Ассоциация Фтизиатров. URL: <http://nasph.ru/>
9. Национальная электронная библиотека (НЭБ). URL: <https://rusneb.ru/>
10. Нормативно-правовые документы по туберкулезу. Банк документов. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents>
11. Официальный сайт научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU. URL: <https://elibrary.ru/>

12. Официальный сайт научной электронной библиотеки «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/>
13. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. <https://minzdrav.gov.ru>
14. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
15. Официальный сайт Роспотребнадзора. URL: <https://rospotrebnadzor.ru/>
16. Полнотекстовая база данных «Polpred.com Обзор СМИ». URL: <http://polpred.com/>
17. Профессиональный стандарт врач-фтизиатр. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_311651/38bac22d9de78ce745784e14e026ac2175c62b94
24. Российское Общество Фтизиатров. URL: <http://roftb.ru/>
25. Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации. Российское Общество Фтизиатров. Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров», 2024. – 167 с. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend
26. Туберкулез у детей. Клинические рекомендации. Российское Общество Фтизиатров. Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров», 2024. – 130 с. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend
18. Федеральная электронная медицинская библиотека. URL: <https://femb.ru/>
19. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART. URL: <https://www.Ipbookshop.ru>
20. Электронная библиотека КГМУ «Medicus». URL: <http://library.kursksmu.net/>
21. Электронная библиотечная система «BookUp». URL: <https://www.books-up.ru/>
22. Электронные газеты и журналы на платформе East View. URL: <https://dlib.eastview.com/>
23. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
24. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART. URL: <https://www.iprbookshop.ru/>

Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.