

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра фтизиопульмонологии

С.Б. Вольф
И.С. Гельберг
В.С. Авласенко
Е.Н. Алексо
Д.В. Шевчук
С.Н. Демидик
Е.В. Чалая

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

Практикум для магистрантов по
специальности 1-79 80 11 Пульмонология и фтизиатрия

Гродно 2012

Задача 1

Больная П., 23 года, рабочая заготконторы.

Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита, похудение, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Анамнез заболевания. Заболевание началось постепенно около трех месяцев назад (больная была на седьмом месяце беременности) с появления общей слабости, сухого кашля, отмечалась субфебрильная температура тела, которая периодически повышалась до 38°C. Больная лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, но улучшения не было. На второй день после родов у неё поднялась температура тела до 39°C, появилась одышка и повышенная потливость в ночное время. При рентгенографии выявлены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, больше ничем не болела. Муж и двое детей здоровы. Контакты с больными туберкулезом не имела. Во время профилактического осмотра (год назад) патологии со стороны легких не обнаружено.

Объективно. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 120 ударов в 1 минуту, ритмичный. Температура тела 39°C. Границы сердца нормальные, тоны несколько приглушены, над верхушкой – нежный систолический шум. Артериальное давление (АД) 126/70 мм рт. ст. Число дыханий 40 в 1 минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жесткое, паравертебрально с обеих сторон прослушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Нижний край печени находится на 4 см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не прощупывается.

Анализ крови: эритроциты $-3,88 \times 10^{12}/л$; Нв – 110 г/л; лейкоциты – $11,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 0; палочкоядерные – 6%; сегментоядерные – 74%; лимфоциты – 6%; моноциты – 14%; СОЭ – 18 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон, больше в верхних и нижних легочных полях, тотальная мелкоочаговая диссеминация. Очаги расположены симметрично до 2 мм в диаметре, не сливаются между собой.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 2

Больной К., 39 лет, грузчик.

Жалобы на колющую боль в грудной клетке слева, одышку при физической нагрузке, изредка сухой кашель.

Анамнез заболевания. Боль в грудной клетке и небольшую одышку при физической нагрузке отмечает в течение месяца. Редкий сухой кашель уже на протяжении двух лет, однако, больной не обращал на него внимания. Температура тела нормальная, сон и аппетит не нарушены.

Анамнез жизни. Ранее ничем не болел. В прошлом на протяжении трех лет работал на пескоструйном аппарате. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Больной курит, алкоголь употребляет редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной удовлетворительного питания, кожа розовая, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 62 удара в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии легочный звук. Дыхание жесткое. Живот мягкий, не болезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$; Нв – 150 г/л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 3%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; лимфоциты – 25%; моноциты – 7%; СОЭ – 10 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон, на фоне мелкоячеистого рисунка, множественные мелкие узелковые тенеобразования, располагающиеся равномерно больше в средних и нижних отделах лёгких.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 3

Больной Ф., 28 лет, слесарь хлопчатобумажного комбината.

Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, одышку при физической нагрузке и кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Анамнез заболевания. Заболевание началось две недели назад с повышения температуры тела до 37,4°C, ухудшения общего состояния, дважды была рвота. Отмечалось припухание околоушных слюнных желез. С диагнозом эпидемического паротита больной был госпитализирован в инфекционное отделение. Через 5 дней температура тела у него повысилась до 39°C, появился кашель. При рентгенологическом исследовании были обнаружены изменения в легких, и больной был переведен в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Четырнадцать лет назад диагностирован туберкулез шейных лимфатических узлов, лечился антибактериальными препаратами и затем оперативным путем. Обострений лимфаденита не было. Во время последней флюорографии год назад изменений в легких не обнаружено. Курит, алкоголь употребляет редко.

Объективно. Температура тела 38,9°C. Больной удовлетворительного питания, правильного телосложения, отмечается инъекция склер, на губах герпес. Крылья носа участвуют в дыхании. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении легочный звук, дыхание над нижними участками легких жесткое. Через два дня в нижних и боковых отделах обоих легких (больше справа) начали прослушиваться влажные мелкие, местами среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, не болезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $6,0 \times 10^{12}/л$; Нв – 180 г/л; лейкоциты – $14,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 10%; сегментоядерные – 66%; лимфоциты – 11%; моноциты – 11%; СОЭ – 35 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон в нижних легочных полях, больше справа, инфильтрация легочной ткани, связанная с корнями, на фоне усиления легочного рисунка.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 4

Больной М., 30 лет, шофер.

Жалоб нет

Анамнез заболевания. Обратился в поликлинику по поводу боли в области поясницы. Невропатологом диагностирован пояснично-крестцовый радикулит. При флюорографии были выявлены изменения в легких, вследствие чего с диагнозом диссеминированного туберкулеза больного направили в стационар, где получал противотуберкулезное лечение. Температура тела все время была нормальной, жалоб пациент не предъявлял. Микобактерии туберкулеза методами бактериоскопии и посева выявить не удалось. На рентгенограмме, сделанной спустя 6 мес. после начала лечения, изменения в легких оставались стабильными, поэтому возникли сомнения в правильности поставленного диагноза.

Анамнез жизни. Заболеваний, перенесенных в детстве, не помнит. Четыре года назад перенес острое респираторное заболевание. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Не курит, алкоголь употребляет редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, розовая. В подмышечных впадинах пальпируются единичные эластичные лимфатические узлы величиной с горошину. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно над легкими чистый легочный звук, дыхание на всем протяжении везикулярное. Живот мягкий, не болезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,99 \times 10^{12}/л$; Нв – 132 г/л; лейкоциты – $6,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 6%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 52%; лимфоциты – 32%; моноциты – 8%; СОЭ – 3 мм/ч.

Р. Манту отрицательная.

Рентгенологическое исследование: расширение корней обоих лёгких, «полицикличность» корней. В средних и нижних легочных полях симметрично мелкоочаговая диссеминация легочной ткани. Томографически, на срезах 11-12 см определяются группы увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 5

Больная С., 50 лет, колхозница.

Жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, резкое похудение (на 10 кг за два месяца), одышку при небольшой физической нагрузке, кашель с выделением незначительного количества мокроты.

Анамнез заболевания. Около четырех месяцев назад отметила снижение аппетита, на которое вначале не обращала внимание. Через 2 мес. появилась общая слабость, изредка тошнота. Затем присоединились одышка, сухой кашель. Это заставило женщину обратиться к врачу. При обследовании в поликлинике выявлены изменения в легких, и с диагнозом диссеминированного туберкулеза легких она была направлена в стационар.

Анамнез жизни. В прошлом не болела. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Все члены семьи здоровы.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, пониженного питания (масса 48 кг, рост 152 см), кожа чистая, бледная. Наблюдается небольшой цианоз губ, кончика носа и ногтевых фаланг. Справа по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в подчелюстной области пальпируются два плотных лимфатических узла, величиной с фасоль. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены. АД 140/90 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Число дыханий 28 в минуту. В нижних отделах обоих легких, ниже угла лопатки – притупление перкуторного звука.

Аускультативно дыхание на всем протяжении жесткое, над нижними участками легких не прослушивается. Живот мягкий, несколько болезненный в надчревной области. Нижний край печени на 1 см ниже реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты – $3,19 \times 10^{12}/л$; Нв – 107 г/л; лейкоциты – $9,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 7%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 10%; моноциты – 18%; СОЭ – 50 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон симметрично, больше в верхних и средних отделах лёгких, очаговые тени до 1 см в диаметре, склонные к слиянию. С обеих сторон латерально участки затенения с косой верхней границей до передних отрезков V рёбер.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 6

Больной Г., 36 лет, каменщик.

Жалобы на кашель с выделением до 20 мл мокроты в сутки, одышку при небольшой физической нагрузке, плохой аппетит, похудание, повышенную потливость ночью.

Анамнез заболевания. Три месяца назад у больного появился кашель, вначале сухой, потом с выделением небольшого количества мокроты. Постепенно ухудшились общее состояние и аппетит, появились общая слабость и повышенная потливость в ночное время, затем присоединилась одышка. С момента начала заболевания больной похудел на 18 кг. Температуру тела никогда не измерял, субъективно её повышения не чувствовал. Однако, при измерении три дня назад она оказалась 38,5°C.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болел. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Не курит, но часто злоупотребляет алкогольными напитками. Во время последнего профосмотра (1,5 года назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура 38,3°C. Больной правильного телосложения, истощен. Кожа чистая, бледная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука с обеих сторон над верхними и средними отделами легких, до уровня нижней трети лопатки. В верхних отделах обоих легких на фоне жесткого дыхания прослушиваются мелкопузырчатые, а у верхнего угла левой лопатки после покашливания – среднепузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, не болезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,59 \times 10^{12}/л$; Нв – 108 г/л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 0; палочкоядерные – 8%; сегментоядерные – 78%; лимфоциты – 18%; моноциты – 2%; СОЭ – 37 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон верхних долей инфильтрация легочной ткани. Слева томографически определяется полость распада 2×3 см на фоне инфильтрации легочной ткани.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 7

Больной С., 48 лет, плотник.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, одышку при ходьбе, плохой аппетит, потливость, наличие припухлости и свища над правой ключицей, боль в этом участке.

Анамнез заболевания. Отмечает постепенно усиливающуюся одышку уже на протяжении пяти лет, периодически появляется сухой кашель. В последнее время начало выделяться небольшое количество мокроты, появилась потливость, ухудшился аппетит. Несколько лет назад перенес операцию – удаление надключичных лимфатических узлов справа по поводу их туберкулезного поражения. В последнее время в области послеоперационного рубца появилась болезненность, припухлость и образовался свищ, по поводу чего больной обратился к врачу.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Взрослым, кроме указанного заболевания, ничем не болел. На протяжении шести лет работал шахтером. Сменил работу восемь лет назад. Не курит. Раньше часто употреблял спиртные напитки. В семье никто туберкулезом не болеет.

Объективно. Температура 36,9°C. Больной правильного телосложения, несколько пониженного питания, кожа бледно-розовая, чистая. По заднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы отмечается цепочка плотных лимфатических узлов величиной с горошину. Над ключицей послеоперационный рубец. У его медиального края небольшая припухлость, кожа истончена, с синюшным оттенком, имеется небольшой свищ. Пульс 76 ударов в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. Акцент II тона над легочной артерией. АД 160/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно над легкими легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, ослабленное. С обеих сторон прослушиваются рассеянные сухие хрипы, справа в межлопаточной области после покашливания – мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,48 \times 10^{12}/л$; Нв – 146 г/л; лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 0; палочкоядерные – 7%; сегментоядерные – 66%; лимфоциты – 22%; моноциты – 5%; СОЭ – 15 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон в средних и нижних отделах среднеочаговая диссеминация легочной ткани средней интенсивности без четких контуров со склонностью к слиянию.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 8

Больной Б., 42 года, колхозник.

Жалобы на одышку, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, головную боль, ощущение «сетки» перед глазами, чувство онемения правой половины лица, языка и правой руки, боль в голеностопных суставах.

Анамнез заболевания. Шесть месяцев назад у больного был выявлен очаговый туберкулез в области верхушки левого легкого, по поводу которого получал лечение по I категории в течение двух месяцев в стационаре, а в дальнейшем – амбулаторно. Препараты больной принимал не регулярно. Два месяца назад появилась боль и припухлость голеностопных суставов, в связи с чем обратился к фтизиатру. Было назначено лечение анальгетиками, витаминами, однако, боль периодически повторялась. Через месяц у больного появилась боль в правой половине грудной клетки, кашель, одышка и повысилась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, а также усилилась боль в области голеностопных суставов, вследствие чего был госпитализирован в районную больницу. При обследовании в клинике обнаружены инфильтративные изменения в нижних отделах обоих легких, на основании чего установлен диагноз пневмонии и назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия и преднизолоном. Через 3 недели состояние больного улучшилось, на рентгенограмме отмечено полное рассасывание инфильтративных изменений в легких. Антибиотики и преднизолон отменены, но через три дня наступило резкое ухудшение состояния больного. Повторное назначение антибиотиков не оказало эффекта, состояние больного ухудшилось, и он переведен в облтубдиспансер.

Анамнез жизни. Раньше, кроме очагового туберкулеза, ничем не болел. Женат, жена и дети здоровы. Курит (7-8 сигарет в день), алкогольными напитками не злоупотребляет.

Объективно. Состояние больного тяжелое, он истощен, кожа бледная, температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Отмечается припухание в области голеностопных суставов и болезненность в них при движении. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 120 ударов в мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 176/110 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, число дыханий 30 в минуту. Над средними и нижними отделами обоих легких притупление перкуторного звука, над этими же участками прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, печень на 3 см ниже реберной дуги, чувствительная. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты – $4,31 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 146 г/л; лейкоциты – $8,1 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 5%; сегментоядерные – 69%; лимфоциты – 21%; моноциты – 3%; СОЭ – 18 мм/ч.

Анализ мочи: белок – 1,17 г/л; лейкоциты – 3-4 в поле зрения; эритроциты – 5-6 в поле зрения; единичные гиалиновые цилиндры; относительная плотность – 1010-1015

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон по всем легочным полям, больше в верхних отделах мелкоочаговая «просовидная» диссеминация без склонности к слиянию и образованию полостей распада.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 9

Больная М., 33 года, продавец продовольственного магазина.

Жалобы на кашель с выделением скудного количества желтоватой мокроты, периодически колющую боль в грудной клетке, приступы удушья, снижение аппетита.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около двух лет (с середины апреля очередное обострение), с тех пор как появилась боль в грудной клетке, сухой кашель. Со временем стали появляться приступы удушья. Изменений в легких при флюорографии тогда обнаружено не было. На протяжении последних шести дней получала амбулаторное лечение, состояние при этом несколько улучшилось. Однако после выхода на работу прежние жалобы возобновились. Особенно плохо М. чувствовала себя во время работы с сыпучими продуктами (мука, крупы) и при перемене погоды, при цветении растений. В этих случаях у неё появлялись приступы удушья.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Взрослой несколько раз болела острыми респираторными заболеваниями. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Отец страдает бронхиальной астмой.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая, розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/76 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно над легкими на всем протяжении легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное с жестким оттенком, прослушиваются единичные непостоянные сухие свистящие хрипы, выдох удлинён. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,87 \times 10^{12}/л$; Нв – 120 г/л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 53%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 27%; лимфоциты – 12%; моноциты – 6%; СОЭ – 15 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: легочные поля имеют повышенную прозрачность, легочной рисунок обогащен, выделяются более резкие тени корней

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 10

Больная Г., 44 года, колхозница

Жалобы на одышку в покое, сухой надсадный кашель, общую слабость.

Анамнез заболевания. Три недели назад почувствовала колющую боль в левой половине грудной клетки, которая усиливалась во время дыхания, повысилась температура тела до 37,5°C. Больная лечилась домашними средствами. Через 2 дня температура нормализовалась, но продолжали нарастать общая слабость и одышка. Через 10 дней обратилась в районную поликлинику, откуда после рентгенологического обследования направлена в тубдиспансер с подозрением на туберкулез.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болела. Имеет 7 детей. Контакт с больными туберкулезом отрицает. При последнем рентгенологическом исследовании год назад изменений в легких не обнаружено. Два месяца назад заметила припухлость в области средней трети правого бедра, однако к врачу по этому поводу не обращалась.

Объективно. Состояние больной тяжелое. Отмечается одышка в состоянии покоя, цианоз кожи. Температура тела 37°C. Больная правильного телосложения, хорошего питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В левой надключичной ямке пальпируется плотное, слегка болезненное образование величиной 2х3 см, кожа над этим участком не изменена. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Границы сердца нормальные. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. АД 110/76 мм рт. ст. Число дыханий 34 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии с обеих сторон вниз от нижнего угла лопатки укорочен перкуторный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, ниже середины обеих лопаток прослушиваются мелко-, а местами среднепузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 116 г/л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 9%; сегментоядерные – 60%; лимфоциты – 27%; моноциты – 3%; СОЭ – 38 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: в прикорневой зоне слева определяется очаговая тень средней интенсивности с четким контуром.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 11

Больная К., 35 лет, колхозница.

Жалобы на общую слабость, снижение аппетита, похудание, повышенную потливость, боль в межлопаточной области и сухой кашель.

Анамнез заболевания. Полторы недели назад у больной появился сухой кашель. Обратилась к фельдшеру, который назначил горчичники и содовые ингаляции, но улучшения не наступило. Больная продолжала работать. В дальнейшем присоединились колющая боль в межлопаточной области, общая слабость, потливость, ухудшение аппетита.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Взрослой болела ангиной и каждый год острыми респираторными заболеваниями. Замужем, двое детей. Все члены семьи здоровы. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Во время последнего профосмотра (5 лет назад) были выявлены какие-то изменения в легких, по поводу которых больную обследовали, но никакого лечения не назначили.

Объективно. Температура тела 38°С. Больная несколько пониженного питания, кожа чистая, розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 82 в минуту, ритмичный. АД 140/70 мм рт. ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии небольшое притупление в межлопаточной области справа. Там же, на фоне жесткого дыхания, прослушиваются отдельные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нв – 190 г/л; лейкоциты – $5,6 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 66%; лимфоциты – 30%; моноциты – 2%; СОЭ – 26 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в прикорневой области инфильтрация легочной ткани средней интенсивности не гомогенная, без четких контуров, с зоной просветления в центре инфильтрации.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 12

Больная М., 45 лет, домашняя хозяйка.

Жалобы на одышку в покое, резко усиливающуюся при движениях, кашель с выделением бесцветной жидкой мокроты, иногда с прожилками крови, отеки в области нижних конечностей, увеличение живота.

Анамнез заболевания. Пятнадцать лет назад заболела ревматизмом, лечилась нерегулярно. Три года тому назад появилась одышка при физической нагрузке и отеки в области нижних конечностей по вечерам. Месяц назад состояние больной значительно ухудшилось. Усилилась одышка, появился кашель, увеличились отеки на ногах и объем живота. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. При рентгенологическом исследовании обнаружены изменения в легких, и с диагнозом диссеминированного туберкулеза легких больная переведена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. В детстве перенесла скарлатину. Замужем, имеет двоих детей. Все члены семьи здоровы. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная пониженного питания, кожа бледная, губы и кончики пальцев цианотичные. На нижних конечностях отеки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс слабого наполнения, 100 ударов в минуту. Границы сердца: правая – на 1,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя – на уровне второго межреберья, левая – на 3 см влево от левой среднеключичной линии. Над верхушкой сердца прослушиваются систолический и диастолический шум. АД 100/75 мм рт. ст. Число дыханий 34 в минуту. Грудная клетка симметричная. При перкуссии с обеих сторон над нижними отделами легкого тупость, аускультативно там же дыхание не прослушивается. Над другими участками легких, преимущественно в средних и нижних отделах, на фоне жесткого дыхания слышны немногочисленные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Живот увеличен, определяется свободная жидкость. Нижний край печени чувствительный, гладкий, на уровне пупка. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты – $3,41 \times 10^{12}/л$; Нв – 121 г/л; лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 63%; лимфоциты – 21%; моноциты – 10%; СОЭ – 19 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность – 1015; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – единичные в препарате; эритроциты – 1-3 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон над диафрагмой затенения средней интенсивности с нечетким верхним контуром негетерогенного характера. Корни легких застойны, сосуды полнокровны, извиты.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 13

Больная Х., 30 лет, инженер

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, головную боль.

Анамнез заболевания. Четыре дня назад после возвращения с работы почувствовала головную боль, легкий озноб. Температура тела была 37,5°C. Приняла ацетилсалициловую кислоту, однако на следующий день температура повысилась до 38,3°C, появилась небольшая одышка, а к вечеру – сухой кашель, колющая боль в правом боку. Через 2 дня начало выделяться небольшое количество мокроты. Участковым терапевтом была направлена на рентгенологическое исследование, при котором обнаружены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве болела корью, ветряной оспой. Иногда бывают острые респираторные заболевания. Два года назад перенесла аппендэктомию. Контакта с больными туберкулезом не имеет. Во время профосмотра (6 месяцев назад) изменения в легких не обнаружены.

Объективно. Температура тела 38,2°C. Больная правильного телосложения, удовлетворительно го питания. Кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 110/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа внизу отмечается притупление перкуторного звука, там же на фоне жесткого дыхания прослушиваются крепитация и единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,75 \times 10^{12}/л$; Нв – 128 г/л; лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 10%; сегментоядерные – 63%; лимфоциты – 22%; моноциты – 4%; СОЭ – 25 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в нижнем легочном поле отмечается затенение легочной ткани, гомогенное, без четких контуров и зон просветления. Окружающая легочная ткань не изменена.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 14

Больная С., 19 лет, не работает.

Жалобы на небольшой кашель с выделением скудного количества мокроты по утрам.

Анамнез заболевания. Изменения в легких выявлены при флюорографии во время поступления на работу. С диагнозом инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада направлена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Позже несколько раз болела ангиной. Восемь лет назад лечилась по поводу правостороннего туберкулезного бронхоаденита. Отец умер от туберкулеза 12 лет назад.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная удовлетворительного питания, кожа чистая, бледно-розовая. Пальпируются единичные мелкие подвижные шейные и подмышечные лимфатические узлы справа. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 130/80 мм рт. ст. Правая надключичная ямка выражена несколько больше, чем левая. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Отмечается притупление перкуторного звука над правой верхушкой, аускультативно в этой же области дыхание с бронхиальным оттенком. Под ключицей на фазе вдоха и выдоха прослушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 130 г/л; лейкоциты – $8,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 6%; сегментоядерные – 53%; лимфоциты – 40%; моноциты – 5%; СОЭ – 24 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа на верхушке инфильтрация легочной ткани с просветлением в центре и очажками отсевов вокруг.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 15

Больной К., 50 лет, начальник отдела снабжения РСУ.

Жалобы на боль колющего характера в правом боку, кашель с выделением мокроты, боль в левой голени.

Анамнез заболевания. Месяц назад у больного появилась боль в левой голени, левая нижняя конечность несколько отекала. В течение двух дней соблюдал постельный режим, а потом снова начал ходить. Через несколько дней появилась резкая боль в правом боку, которая усиливалась при дыхании. Через 2 дня после этого температура тела повысилась до субфебрильной, больной самостоятельно принимал анальгин и сульфадимезин, к врачу не обращался. В результате боль несколько уменьшилась, но присоединился кашель, вначале сухой, а потом с выделением небольшого количества мокроты. Больной обратился к врачу и был госпитализирован.

Анамнез жизни. Пять лет назад заболел очаговым туберкулезом легких, на протяжении пяти месяцев лечился в стационаре, а затем амбулаторно. В последующие годы получал противорецидивные курсы химиотерапии, регулярно обследовался, чувствовал себя хорошо. Курит много, алкоголь употребляет часто.

Объективно. Температура тела нормальная, в последнее время $37,4^{\circ}\text{C}$. Больной правильного телосложения, кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Левая голень несколько отечная, отмечается болезненность при пальпации в области икроножной мышцы. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 130/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая половина её несколько отстаёт при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области, там же прослушивается несколько ослабленное дыхание. На остальном протяжении над легкими дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,68 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 160 г/л; лейкоциты – $8,1 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 10%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 15%; моноциты – 4%; СОЭ – 47 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в нижних отделах отмечается затенение, интенсивное, гомогенное, сливающееся с тенью правого купола диафрагмы и косой верхней линией.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 16

Больной Д., 26 лет, директор гастронома.

Жалобы на кашель с выделением мокроты гнойного характера и примесью крови.

Анамнез заболевания. Четыре года назад среди полного здоровья у больного появилось небольшое кровохарканье. К врачу не обращался. С тех пор кровохарканье периодически повторялось. Кашель частый, с выделением слизисто-гнойной мокроты, периодически бывает повышение температуры тела до субфебрильной. Две недели назад появилось кровохарканье, а через 4 дня – легочное кровотечение, по поводу чего больной госпитализирован. После остановки кровотечения переведен в туберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Двенадцать лет назад болел правосторонним экссудативным плевритом. Контакта с больными туберкулезом не имел. Курит мало, алкогольные напитки употребляет редко.

Объективно. Температура тела 37,6°C. Больной правильного телосложения, удовлетворительно питается. Кожа чистая, бледная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 100 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 130/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа в подлопаточной области определяется притупление, аускультативно в этом же участке ослабленное дыхание, хрипы не прослушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,61 \times 10^{12}/л$; Нв – 100 г/л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 6%; сегментоядерные – 79%; лимфоциты – 12%; моноциты – 1%; СОЭ – 20 мм/ч.

На R-грамме справа в верхней доле определяется неоднородное затемнение с просветлением в центре, единичные очаговые тени слева в мингулярной зоне.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 17

Больной Ц., 27 лет, инженер-механик.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышку при физической нагрузке, понижение аппетита, похудание, повышенную потливость в ночное время.

Анамнез заболевания. Месяц назад у больного появился сильный сухой кашель, температура тела повысилась до 37,5-37,7°C. Потерял аппетит, усилилась потливость, возникла одышка при физической нагрузке. К врачу обратился только через неделю и с диагнозом пневмонии был госпитализирован в терапевтическое отделение, где получал антибиотики широкого спектра действия. Температура тела в основном нормализовалась, лишь иногда поднимаясь до 37,3-37,5°C. Началось выделение мокроты, аппетит оставался плохим и по-прежнему отмечалась повышенная потливость.

При **рентгенологическом исследовании**, сделанном через 3 недели от начала лечения, оказалось, что изменения в легких сохраняются. Слева в S₁₋₂₋₃ определяется неоднородное затемнение, состоящее из отдельных сливающихся очаговых теней в S₂ с просветлением и нечетким наружным контуром, диаметром 3х4 см. В связи с этим больной направлен в противотуберкулезный тубдиспансер.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болел. Курит, иногда злоупотребляет алкогольными напитками. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Во время последней флюорографии (2 года назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 37°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, левая её половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии слева сверху до середины высоты лопатки и спереди под ключицей притупление. Над этими же участками прослушивается жесткое дыхание, после покашливания - единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $4,03 \times 10^{12}$ /л; Нв – 133 г/л; лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 63%; лимфоциты – 26%; моноциты – 8%; СОЭ – 22 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 18

Больной К., 13 лет, школьник.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, общую слабость, плохой аппетит, потливость.

Анамнез заболевания. Около месяца у мальчика отмечается плохой аппетит, вялость. Десять дней назад начался кашель, появилась потливость, общая слабость. Температура субфебрильная. Лечился амбулаторно по поводу «гриппа». Так как состояние не улучшилось, проведено рентгенологическое исследование и больной направлен в стационар.

Анамнез жизни. Мальчик рос и развивался нормально. Прибыл из другого государства 3 года назад. Болел корью. Материальные условия хорошие. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Туберкулиновые пробы год назад были отрицательными. Объективно. Температура тела 37,2°C. Мальчик правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная. Поствакцинального рубца БЦЖ не видно. Пальпируются мелкие эластичные шейные и поднижечелюстные лимфатические узлы. Пульс 118 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Справа под ключицей укорочен перкуторный звук, дыхание над этим участком везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,81 \times 10^{12}/л$; Hb – 126 г/л; лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 69%; лимфоциты – 28%; моноциты – 6%; СОЭ – 36 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в верхней доле определяется участок затемнения 5x4 см с «дорожкой» к корню легкого, головка правого корня увеличена в размере, что отчетливо определяется на КТ, увеличены лимфоузлы средостения справа.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 19

Больной В., 60 лет, пенсионер.

Жалобы на кашель с выделением по утрам небольшого количества мокроты, покалывание в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания. Небольшой сухой кашель начался месяц назад. Через неделю после этого начало выделяться скудное количество мокроты, затем присоединилась колющая боль в грудной клетке справа, отмечалась субфебрильная температура тела. По назначению врача лечился амбулаторно антибиотиками широкого спектра действия. Температура тела нормализовалась, но кашель и колющая боль оставались. В связи с этим больной был направлен на рентгенологическое обследование и госпитализирован.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Пять лет назад перенес аппендэктомию. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Во время последней флюорографии (5 лет назад) изменений в легких не выявлено. Не курит, алкогольные напитки употребляет очень редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Правильного телосложения, несколько пониженного питания, кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 76 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 130/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Справа под ключицей и у верхнего угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука. Над этим же участком прослушивается дыхание с удлиненным выдохом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,23 \times 10^{12}/л$; Нв – 140 г/л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 71%; лимфоциты – 15%; моноциты – 9%; СОЭ – 5 мм/ч.

Рентгенологически справа в зоне S_{1-2} выявляются единичные очаговые тени малой интенсивности размером 4-7 мм в диаметре, без четких контуров.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 20

Больной Д., 18 лет, студент.

Жалоб нет.

Анамнез заболевания. Во время обследования в районном военкомате 3 месяца назад обнаружены изменения в легких, которые расценивали как инфильтративный туберкулез средней доли правого легкого при исследовании в прямой и боковой проекциях. Больной был госпитализирован и в течение двух месяцев лечился противотуберкулезными препаратами, однако рентгенологическая картина не изменялась, МБТ в мокроте не обнаружили при исследовании различными методами, в связи с чем он был направлен на консультацию.

Анамнез жизни. В детстве перенес корь и коклюш. Последние две зимы болел «гриппом». Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Курит, спиртные напитки употребляет редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Удовлетворительного питания, правильного телосложения, кожа чистая. Пульс 72 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии над грудной клеткой ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,71 \times 10^{12}/л$; Нв – 156 г/л; лейкоциты – $7,7 \times 10^9/л$; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 57%; лимфоциты – 33%; моноциты – 4%; СОЭ – 12 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 21

Больной К., 29 лет, инженер строительного управления.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, общую слабость.

Анамнез заболевания. Заболевание началось остро 10 дней назад с повышения температуры тела до 38,5°С и появления сухого кашля. При рентгенографии в поликлинике была выявлена инфильтративная тень под правой ключицей. Амбулаторно лечился антибиотиками широкого спектра действия. Температура тела снизилась до субфебрильной, однако при повторной рентгенографии (через 7 дней) обнаружена такая же инфильтративная тень в левом легком. Направлен в стационар с диагнозом инфильтративного туберкулеза легких.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болел. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Во время профосмотра (год назад) изменений в легких не отмечалось. Не курит, алкогольные напитки употребляет очень редко.

Объективно. Температура тела 37,1° С. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледно-розовая, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии над грудной клеткой на всем протяжении чистый легочный звук. Дыхание везикулярное, с обеих сторон в подлопаточной области прослушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон, в подлопаточной области прослушиваются единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,04 \times 10^{12}/л$; Нв – 137 г/л; лейкоциты – $14,7 \times 10^9/л$; эозинофилы – 17%; сегментоядерные – 49%; лимфоциты – 19%; моноциты – 5%; СОЭ – 40 мм/ч.

На **R-грамме** с обеих сторон в зоне S₁₋₂ обнаружены довольно гомогенные затемнения без четких контуров диаметром 6х4 см справа и 5х3 см слева.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 22

Больная Б., 13 лет, школьница.

Жалобы на припухлость в области шеи и над левой лопаткой, сухой кашель, общую слабость, похудание, потливость.

Анамнез заболевания. Небольшой сухой кашель беспокоит уже на протяжении двух месяцев. Постепенно нарастала общая слабость, девочка похудела. Две недели назад отметила в области шеи опухолевидное образование, которое постепенно увеличивалось. Вскоре появилась припухлость над левой лопаткой.

Рентгенологически слева от II переднего ребра определяется гомогенное затемнение, более интенсивное в нижних отделах с косой верхней границей.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. В пятилетнем возрасте перенесла корь, краснуху. Бабушка болела туберкулезом легких (живет отдельно).

Объективно. Температура тела нормальная. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная, влажная. Слева на шее в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы пальпируются резко увеличенные лимфатические узлы. Мягкие ткани вокруг них инфильтрированные, плотные, болезненные при пальпации. Кожа над ними не изменена. Слева в подмышечной области обнаружен лимфатический узел величиной с лесной орех. У верхнего края и гребня лопатки определяется болезненная припухлость с флюктуацией в центре. Кожа над припухлостью не изменена, однако температура её выше, чем в других участках грудной клетки. Пульс 110 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 100/60 мм рт. ст. Левое плечо несколько опущено. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Слева спереди до уровня II ребра и сзади над участком притупления дыхание ослабленное, сзади – бронхиальное с единичными мелкопузырчатыми хрипами. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,03 \times 10^{12}/л$; Нв – 102 г/л; лейкоциты – $19,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 6%; сегментоядерные – 62%; лимфоциты – 29%; моноциты – 2%; СОЭ – 48 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 23

Больная С., 63 года, пенсионерка.

Жалобы на одышку при физической нагрузке, небольшой кашель с выделением по утрам скудного количества мокроты, изредка колющую боль в межлопаточной области.

Анамнез заболевания. На протяжении последних трех лет отмечает одышку при физической нагрузке. Три недели назад появилась колющая боль между лопатками и кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по поводу чего больная обратилась к врачу и после рентгенологического исследования была направлена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Всю жизнь работала в сельском хозяйстве. Имеет 5 детей. Около 25 лет назад заболела остро, отмечалась высокая температура тела и кашель. Лечилась 3 мес. стрептомицином и фтивазидом, однако на учете в тубдиспансере не состояла. С этого времени и до момента настоящего заболевания рентгенологически не обследовалась. Все члены семьи здоровы. Контакта с больными туберкулезом не было.

Объективно. Температура тела нормальная, больная повышенного питания, кожа чистая, небольшой цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 78 в мин, ритмичный. Правая граница сердца смещена влево, левая не определяется, тоны чистые, хорошо прослушиваются также на задней поверхности левой половины грудной клетки. АД 160/95 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки сужена, отстает при дыхании, отмечается небольшой правосторонний сколиоз. Трахея смещена влево. Справа перкуторный звук с коробочным оттенком, слева на всем протяжении он притуплен. Голосовое дрожание слегка ослаблено. Над правым легким прослушиваются везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Слева сверху до уровня верхней трети лопатки бронхиальное дыхание ослабленное, ниже оно не прослушивается. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нв – 128 г/л; лейкоциты – $8,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 71%; лимфоциты – 22%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/ч.

Рентгенологически левое легочное поле значительно сужено в объеме, неравномерно затемнено. Органы средостения смещены влево.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 24

Больной А., 50 лет, тракторист.

Жалобы на общую слабость, похудание, кашель, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Заболевание началось около четырех месяцев назад с появления сухого кашля, к которому впоследствии присоединились общая слабость, одышка при физической нагрузке, однако несмотря на это к врачу не обращался. Три недели назад у больного началось желудочное кровотечение (10 лет страдает язвенной болезнью желудка), по поводу чего он был госпитализирован в районную больницу. Желудочное кровотечение приостановлено, но через несколько дней больной заметил примесь крови в мокроте, в связи с чем ему была сделана рентгенография легких.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Периодически болел острыми респираторными заболеваниями. На протяжении десяти лет страдает язвенной болезнью желудка. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Во время профосмотра (2 года назад) изменений в легких не выявлено. Курит много. Алкогольные напитки употребляет редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной правильного телосложения, умеренного питания, хотя за последние 3 мес. похудел. Кожа чистая, периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 74 в мин, ритмичный. Левая граница сердца расширена на 1 см, тоны сердца чистые. АД 120/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается некоторое притупление справа в верхней трети межлопаточной области. Дыхание над этим участком ослаблено. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в надчревной области. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,56 \times 10^{12}/л$; Нв – 150 г/л; лейкоциты – $7,4 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 55%; лимфоциты – 32%; моноциты – 5%; СОЭ – 4 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в S₂ неоднородное затемнение округлой формы диаметром до 4 см с «дорожкой» к корню легкого, просветлением в центре, размерим 0,7-1 см, единичные малоинтенсивные очаговые тени диаметром 0,3-0,5 см несколько ниже.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 25

Больной М., 35 лет, колхозник.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания. Два месяца назад после переохлаждения появился сухой, а затем влажный кашель. Температура тела повысилась до $38,8^{\circ}\text{C}$, появилась одышка. Обратился к врачу, и с диагнозом двусторонней пневмонии был госпитализирован в участковую больницу.

При **рентгенологическом исследовании** была обнаружена очаговая инфильтрация в верхних и средних отделах правого легкого, а также в прикорневой области слева. В результате лечения антибиотиками состояние больного улучшилось, температура тела нормализовалась. Перед выпиской из больницы на рентгенограмме определялась кольцевидная тень в области правой верхушки, в связи с чем возникло подозрение на туберкулез легких. На рентгенограмме определяется кольцевидная тень на верхушке справа с небольшим горизонтальным уровнем, очагово-инфильтративные изменения рассосались.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 144 г/л; лейкоциты – $13,1 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 12%; сегментоядерные – 71%; лимфоциты – 12%; моноциты – 3%; СОЭ – 28 мм/ч.

Анамнез жизни. Ранее не болел. Контакта с больными туберкулезом не было. Курит много, иногда употребляет спиртные напитки. Во время профосмотра (2 года назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледно-розовая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 120/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови при выписке: эритроциты – $5,03 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 152 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 62%; лимфоциты – 22%; моноциты – 9%; СОЭ – 3 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 26

Больной Н., 14 лет, школьник.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, более выраженный по утрам, фебрильную температуру тела.

Анамнез заболевания. В возрасте двух лет лечился в тубдиспансере по поводу диссеминированного туберкулеза легких. Известно, что туберкулиновые пробы в тот период были отрицательными, а при выписке над левым легким внизу прослушивались влажные хрипы. После проведенного курса лечения ребенок часто кашлял, «простуживался», но к врачу не обращался. Две недели назад поступил в хирургическое отделение районной больницы с подозрением на аппендицит. Диагноз не подтвердился, но при флюорографии выявлены изменения в легких.

Анамнез жизни. Перенес корь, коклюш. В семье никто туберкулезом не болеет.

Объективно. Температура тела нормальная. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 62 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается ясный легочный звук. Слева от уровня середины лопатки и ниже дыхание ослабленное, прослушиваются многочисленные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 128 г/л; лейкоциты – $5,6 \times 10^9/л$; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 45%; лимфоциты – 45%; моноциты – 4%; СОЭ – 3 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: слева в нижних отделах наблюдается интенсивное гомогенное затемнение без патологических изменений в окружающей легочной ткани, правое легкое не изменено.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 27

Больная П., 53 года, инвалид II группы.

Жалобы на общую слабость, одышку при физической нагрузке, иногда приступы удушья, кашель с выделением мокроты, периодически небольшое кровохарканье, боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания. Десять лет назад заболела туберкулезом легких. Длительно лечилась туберкулостатиками, после чего в левом легком осталась каверна. При исследовании мокроты неоднократно обнаруживались микобактерии туберкулеза. В последние годы бактериовыделение прекратилось, процесс в легких рассматривался как цирроз верхней доли правого легкого. К врачу обращалась редко, противорецидивные курсы химиотерапии принимала нерегулярно. В течение последних трех лет появились приступы бронхиальной астмы, по поводу которой лечилась в районной поликлинике. Месяц назад, после перенесенного острого респираторного заболевания, усилился кашель, появились прожилки крови в мокроте.

Анамнез жизни. В двадцатилетнем возрасте перенесла воспаление легких. Ранее работала в колхозе, в настоящее время – инвалид II группы. Замужем, двое детей. Муж и дети здоровы. Мать и брат умерли от туберкулеза легких.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Кожа чистая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 90 в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны несколько приглушены. АД 140/80 мм рт. ст. Число дыханий 26 в мин. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука справа от вершины до середины высоты лопатки. В области проекции вершины правого легкого прослушиваются жесткое дыхание и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над обоими легкими слышны сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, нижний край печени у реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты – $2,21 \times 10^{12}/л$; Нв – 84 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 12%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 59%; лимфоциты – 20%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в верхних и средних отделах наблюдаются очаго-инфильтративные тени с склонностью к слиянию различной интенсивности без четких контуров. Слева в верхних отделах уменьшение легочного поля, интенсивные тяжи с смещением трахеи вправо, правый корень несколько подтянут кверху.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 28

Больной Д., 57 лет, плотник.

Жалобы на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты без запаха, одышку при физической нагрузке, боль в левой половине грудной клетки, общую слабость.

Анамнез заболевания. Четыре месяца назад температура тела повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$, появился сухой кашель, небольшая колющая боль в левой половине грудной клетки. Лечился самостоятельно по поводу «гриппа», в результате чего нормализовалась температура тела, уменьшился кашель, однако остались покашливание и неинтенсивная боль в боку. Постепенно появилась одышка во время работы. Два месяца назад внезапно повысилась температура тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, усилился кашель, увеличилось количество выделяемой мокроты, появилась общая слабость, ухудшился аппетит, возникла боль в нижних конечностях. Больной обратился к врачу и был госпитализирован в терапевтическое отделение районной больницы. Лечился антибиотиками, однако улучшения не было. С диагнозом хронического абсцесса легкого был направлен в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Раньше болел ангиной, гриппом. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Курит много, алкогольные напитки употребляет очень редко. Во время профосмотра (2 года назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Больной правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледно-розовая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 135/80 мм рт. ст. Грудная клетка правильной формы, левая половина заметно отстает при дыхании. При перкуссии слева, на участке от верхнего угла лопатки до нижнего и под ключицей, отмечается притупление перкуторного звука, дыхание в этой области ослаблено, хрипы не прослушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $3,01 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 90 г/л; лейкоциты – $10,6 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 70%; лимфоциты – 21%; моноциты – 7%; СОЭ – 12 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: слева в верхней доле затенение средней интенсивности без четких контуров с зоной просветления в центре размерами 3x4 см. Справа в средних отделах наблюдаются единичные очаговые тени.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 29

Больная Г., 31 год, не работает.

Жалобы на кашель, более выраженный по утрам, с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, колющую боль в правом боку.

Анамнез заболевания. Заболела 3 недели назад, во время пребывания на юге, когда, перегревшись на солнце и сильно вспотев, некоторое время находилась на сквозняке. К вечеру почувствовала озноб, температура тела повысилась до $38,8^{\circ}\text{C}$. Появился сухой кашель, который перешел во влажный, с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, отмечалась колющая боль в правом боку. Больная была госпитализирована, в стационаре получала пенициллин, амоксицилин, стрептомицин. Состояние несколько улучшилось, для дальнейшего лечения она направлена в тубдиспансер по месту жительства.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, 2 года назад болела ангиной. Имеет двоих детей. Все члены семьи здоровы. Контакта с больными туберкулезом не было. Год назад при флюорографии изменений в легких не выявлено.

Объективно. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Больная правильного телосложения, удовлетворительно-го питания, кожа бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 86 в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Справа на участке от середины лопатки вниз отмечается укорочение перкуторного звука. Дыхание над нижними долями обоих легких несколько ослаблено, прослушиваются влажные мелкопузырчатые и единичные сухие хрипы. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $3,72 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 106 г/л; лейкоциты – $12,3 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 18%; моноциты – 11%; СОЭ – 20 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: верхних отделах справа отмечаются очагово-подобные тени, различной интенсивности с зоной просветления в одном из очагов. В нижних отделах справа интенсивное гомогенное затемнение в зоне реберно-диафрагмального угла с косой верхней линией.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 30

Больная С., 23 года, лаборант средней школы.

Жалобы на кашель с выделением мокроты до 100 мл в сутки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела, общую слабость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания. Три года назад после переохлаждения впервые появились приступы одышки. С тех пор периодически лечится от обострений бронхита и бронхиальной астмы. Месяц назад приступы бронхиальной астмы усилились, в связи с чем поступила в терапевтическое отделение. При рентгенографии изменений в легких не обнаружено. Во время пребывания в стационаре у больной внезапно повысилась температура тела до 39°C, появился озноб, усилился кашель, вначале со скудным выделением мокроты, потом количество её увеличилось. При повторном рентгенологическом исследовании были выявлены изменения в правом легком, и больная с подозрением на туберкулез переведена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь. В тринадцатилетнем возрасте были удалены аденоиды. Часто болела ангиной, год назад произведена тонзиллэктомия. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Температура тела 38-39,5°C. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 120 в мин, ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая половина несколько отстает при дыхании. Над правой верхушкой притупление. Справа в надключичной и в надлопаточной областях дыхание ослаблено, там же прослушиваются влажные среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; Нв – 100 г/л; лейкоциты – $16,6 \times 10^9/л$; эозинофилы – 0; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 78%; лимфоциты – 18%; моноциты – 3%; СОЭ – 10 мм/ч.

На **R-грамме** (обзорной) справа в верхней доле затемнение средней интенсивности, преимущественно в S_1 довольно однородное с нечеткими контурами.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 31

Больной Г., 62 года, работающий пенсионер.

Предъявляет **жалобы** на упорный, преимущественно сухой кашель. Иногда откашливается мокрота розового цвета. Беспокоит также боль в левом боку, боль постоянная. Снижился аппетит, заметно похудел.

Анамнез заболевания. Ухудшение самочувствия появилось месяца два назад. К врачу не обращался, продолжал работать. Но указанные выше жалобы не прекращались, а самочувствие продолжало ухудшаться. Обратился к врачу в поликлинике и после обследования был госпитализирован в стационар с подозрением на левостороннюю прикорневую пневмонию. В стационаре в течение двух недель принимал антибиотики внутримышечно и другие препараты. Самочувствие не улучшалось, а при контрольном R-обследовании отмечена отрицательная динамика и больного с подозрением на туберкулёз лёгких направили в противотуберкулёзный стационар.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу, затем строительный техникум. Имеет семью – жена и двое взрослых детей. До последних двух лет никакими болезнями не страдал, а эти два года часто болел простудными заболеваниями. Курит много лет по 1 пачке сигарет в день. Употребляет алкоголь умеренно.

Объективно. Больной пониженного питания, кожные покровы с бледным оттенком. Телосложения правильного. Перкуторно слева в межлопаточной области отмечается укороченный легочной звук. Аускультативно в этой зоне дыхание не прослушивается. Сег – тоны чистые. Пульс 90 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; Нв - 105 г/л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$; СОЭ – 52 мм/ч.

Анализ мочи – норма.

При **исследовании мокроты** на БК результат отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки: слева тень корня значительно расширена за счёт резко гиперплазированных внутригрудных лимфоузлов. Отмечается снижение прозрачности лёгочной ткани от III до V ребра идущее от корня лёгкого до периферии лёгких.

Задание

1. Какие методы дообследования в данном случае вы могли бы предложить (лабораторные, инструментальные, рентгенологические и возможно другие)?
2. Назовите заболевания, которые могут иметь такие R-данные.
3. Проведите дифференциальный диагноз между этими заболеваниями и установите окончательный диагноз.

Задача 32

Ребёнку 6 лет. К фтизиатру на приём привела его мать и рассказала, что беспокоит мальчика сильный кашель, преимущественно сухой, временами приступообразный. Кашель беспокоит и днём и ночью. Снижился также аппетит, появилась потливость. При измерении температуры тела вечером она в пределах $37,3^{\circ}\text{C}$, утром нормальная.

Из **анамнеза** заболевания выясняется, что плохое самочувствие ребёнка замечено уже недели 3-4, затем появился кашель, но не частый. Такое явление было расценено как простудное и в домашних условиях ему проводилось лечение – давали тетрациклин, тёплое молоко с мёдом, ножные ванны, согревающий компресс на грудную клетку. Однако состояние ребёнка продолжало ухудшаться.

Анамнез жизни. Контакт с больными туберкулезом не выявлен. Мальчик рос и развивался нормально.

Объективно. Кожные покровы бледные, ребёнок пониженного питания, кожа влажная (видны капельки пота). При перкуссии в межлопаточной области паравертебрально отмечается укорочение лёгочного звука. При аускультации над легкими катаральных явлений не отмечено. При посистемном обследовании отклонений со стороны сердца, органов пищеварения не выявлено.

Анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 130 г/л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 25 мм/ч.

Анализ мочи – норма.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в области корня имеют место увеличенные лимфоузлы, контуры их чёткие, ровные.

Задание

1. При какой форме туберкулёза у детей и подростков могут быть приведенные данные?
 2. Какие есть ещё заболевания с похожей клиникой и рентгеноданными?
 3. Какие исследования дополнительно к приведенным выше вы хотите назначить?
- Ваш окончательный диагноз?

Задача 33

Больной П., 69 лет, пенсионер.

Жалобы на боль в левой половине грудной клетки, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, общую слабость, отсутствие аппетита, похудание, повышенную потливость в ночное время.

Анамнез заболевания. Кашляет давно, но считал, что это связано с курением, к врачу не обращался. Четыре года назад во время профосмотра были выявлены какие-то изменения в легких, которые врачами расценивались как неактивные. Общее состояние ухудшилось 2 месяца назад: пропал аппетит, появилась общая слабость, потливость в ночное время, усилился кашель, увеличилось количество отделяемой мокроты, больной резко похудел. Несколько раз температура тела повышалась до 38-38,5°C, в связи с этим обратился к врачу и был направлен в стационар.

Анамнез жизни. Раньше ничем не болел. Материальные условия удовлетворительные. Курит много, алкогольные напитки употребляет очень редко.

Объективно. Температура тела 37,1°C. Больной пониженного питания, кожа бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 108 ударов в мин., ритмичный. Левая граница сердца на 1 см снаружи от среднеключичной линии, правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, верхняя – на уровне III ребра. Сердечные тоны приглушены. АД 100/70 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки сужена, отстаёт при дыхании. Перкуторный звук притуплен на всем протяжении слева и над правой верхушкой. Слева под ключицей и у верхнего угла лопатки прослушивается бронхиальное дыхание, а после покашливания – мелко- и среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови. Эритроциты – $3,87 \times 10^{12}/л$; Hb – 127 г/л; лейкоциты – $13,1 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 70%; лимфоциты – 24%; моноциты – 1%; СОЭ – 37 мм/ч. Рентгенологически слева от верхушки до IV переднего ребра определяются множественные очаговые тени с нечеткими контурами с выраженными инфильтративными изменениями вокруг. Во II межреберье определяется участок просветления диаметром 2х2 см.

Задание

1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 34

Больной Л., 50 лет, слесарь.

Жалобы на общую слабость, ухудшение аппетита, кашель с отделением до 50 мл слизисто-гнойной мокроты в сутки, одышку при физической нагрузке, боль в грудной клетке справа, усиливающуюся при кашле.

Анамнез заболевания. Три недели назад во время путешествия в поезде на протяжении часа стоял в холодном тамбуре. Через 2 ч. после этого начался озноб, а еще через 2 ч. температура тела поднялась до 39°C, появилась боль в правой половине грудной клетки. На следующий день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 40°C, появилась одышка, периодически отмечался бред. Госпитализирован в терапевтическое отделение районной больницы, где в течение десяти дней лечился антибиотиками широкого спектра действия. В результате лечения состояние несколько улучшилось, температура снизилась, однако рентгенологическая картина почти не изменилась. В связи с подозрением на туберкулез легких больной переведен в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Перенесенных ранее заболеваний не помнит, периодически отмечает кашель. Каждый год проходил рентгенологическое обследование, изменений в легких не было. Последняя флюорография 6 мес. назад. В семье никто туберкулезом не болеет. Много курит, алкогольными напитками не злоупотребляет.

Объективно. Температура тела 37,4°C. Больной правильного телосложения, удовлетворительно-го питания, отмечается небольшой цианоз губ. На нижней губе герпес. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 90/мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина отстает при дыхании. При перкуссии справа от ключицы до V ребра и в аксиллярном отделе притупление. Справа под ключицей прослушивается бронхиальное дыхание, мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови. Эритроциты – $3,94 \times 10^{12}/л$; Нв – 130 г/л; лейкоциты – $15,1 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 75%; лимфоциты – 18%; моноциты – 3%; СОЭ – 35 мм/ч.

На **рентгенограмме** грудной клетки в верхней доле справа определяются множественные очагово-инфильтративные изменения, местами сливного характера. Полостные образования не определяются. Сог – норма.

Задание

1. Имеющиеся рентгенологические изменения в лёгких для какой формы туберкулёза наиболее характерны?
2. При каких заболеваниях нетуберкулёзной этиологии может быть такая рентгенологическая картина?
3. С учётом описанных жалоб, объективных данных и данных лабораторных исследований какой ваш предварительный диагноз?

Задача 35

Больной З., 59 лет, рабочий районного быткомбината.

Жалобы на общую слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, плохой аппетит, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с выделением небольшого количества мокроты без запаха.

Анамнез заболевания. Два месяца назад у больного начался кашель, вначале сухой, затем с выделением небольшого количества мокроты. Спустя 2 недели появилась колющая боль в боку. Больной обратился к фельдшеру, который назначил ему горчичники. Через несколько дней боль исчезла, но кашель продолжался, ухудшился аппетит, появилась потливость. Температура тела была все время нормальной. Неделю назад состояние больного ухудшилось, усилилась слабость, появилась одышка при физической нагрузке.

Анамнез жизни. Изредка болел респираторными заболеваниями. Курит (до 10 сигарет в день), алкоголь употребляет редко. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Во время профосмотра (год назад) изменения в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 36,8°C. Больной правильного телосложения, удовлетворительно-го питания, в области правой ключицы втянутый рубец после травмы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 88/мин, ритмичный.

Границы сердца нормальные, тоны чистые, ритмичные. АД 120/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает при дыхании. Над правой верхушкой притуплен перкуторный звук, там же прослушиваются жесткое дыхание и после покашливания – единичные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови. Эритроциты – $4,42 \times 10^{12}/л$; Нв – 140 г/л; лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 60%; лимфоциты – 26%; моноциты – 10%; СОЭ – 9 мм/ч.

На **рентгенограмме** грудной клетки справа на верхушке отмечается снижение прозрачности легочного рисунка за счет очагово-инфильтративных теней сливного характера.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 36

Больной Р., 60 лет, начальник транспортного объединения.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру тела, плохой аппетит и похудение (на 6 кг за один месяц).

Анамнез заболевания. Два месяца назад ухудшился аппетит, появилась общая слабость и субфебрильная температура тела. Присоединились кашель, одышка. Через месяц обратился к врачу и был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом воспаления легких. Лечение антибиотиками не улучшило состояние больного, и, в связи с обнаружением в правом легком полости распада, он переведен в туберкулезное отделение.

Анамнез жизни. Два года назад перенес инфаркт миокарда, изменений в легких в тот период не было. Не курит, спиртных напитков не употребляет. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37°C. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 100 в мин, ритмичный. Левая граница сердца проходит на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. АД 160/90 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа сверху до середины высоты лопатки отмечается притупление, частота дыханий 25 в мин. Там же на фоне жесткого дыхания прослушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Над остальными участками легких - жесткое дыхание и рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Анализ крови. Эритроциты – $4,65 \times 10^{12}/л$; Нв – 190 г/л; лейкоциты – $13,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 6%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 20%; моноциты – 4%; СОЭ – 35 мм/ч.

На **рентгенограмме** грудной клетки справа отмечается снижение прозрачности легочного рисунка на протяжении всей верхней доли за счёт множественных очагово-инфильтративных изменений. В подключичной области определяется полостное образование около 3 см в диаметре. Сог – норма.

Задание

1. Какие по вашему мнению необходимо произвести дополнительные методы исследования для уточнения этиологии заболевания?
2. Описанная выше R-картина в лёгких для какой формы туберкулёза наиболее характерна?
3. Назовите другие заболевания имеющие сходство с вышеописанной R-картиной.
4. По вашему мнению какая ещё патология может быть у больного кроме заболевания лёгких? Какие данные имеются на сей счёт? Ваш окончательный диагноз?

Задача 37

Больная К., 48 лет, доярка.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, плохой аппетит, колющую боль в правом боку.

Анамнез заболевания. Месяц назад почувствовала острую боль в правой половине грудной клетки, появилось небольшое кровохарканье. Через несколько дней температура тела повысилась до 39°C, начала выделяться мокрота. На протяжении недели лечилась дома, затем с диагнозом правосторонней пневмонии и правостороннего экссудативного плеврита госпитализирована в участковую больницу. Получала пенициллин, стрептомицин и сульфаниламидные препараты. Температура тела снизилась, однако вскоре появилась боль в левом боку. При контрольной рентгенографии отмечено рассасывание плеврального экссудата справа, но инфильтрация легочной ткани оставалась и появился участок затемнения в левом легком. С подозрением на туберкулез легких направлена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Проверялась флюорографически ежегодно. Изменений в легких никогда не обнаруживали.

Объективно. Температура тела 37,3°C. Больная правильного телосложения, кожа чистая, бледно-розовая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 82 в мин, ритмичный, границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 120/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии притупление над правой верхушкой. Там же прослушиваются несколько ослабленное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, не болезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови. Эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; Нв – 134 г/л; лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 77%; лимфоциты – 14%; моноциты – 4%; СОЭ – 28 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в S1 снижение лёгочного рисунка за счёт очаговых теней сливного характера с выраженными инфильтративными изменениями вокруг. Определяется участок просветления 1х2 см в диаметре.

Задание

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
2. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
3. Ваш предположительный диагноз?

Задача 38

Больная С., 59 лет, колхозница.

Жалобы на боль в грудной клетке справа, которая усиливается при глубоком дыхании, кашле, движениях правой руки и иррадирует вдоль ребер до грудины и лопатки, а также кашель с выделением незначительного количества мокроты и одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Два месяца назад появилась боль в правой половине грудной клетки, которая постепенно нарастала. Отмечался небольшой кашель с выделением скудного количества мокроты. Один раз в мокроте была примесь крови. Аппетит не изменился, однако в последнее время заметно похудела. Больная обратилась к врачу и была госпитализирована с диагнозом инфильтративный туберкулез легких. Два месяца лечилась туберкулостатиками, однако улучшения её состояния не наступило, в связи с чем направлена на консультацию.

Анамнез жизни. В прошлом несколько раз болела острыми респираторными заболеваниями. Муж и дети здоровы. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Во время профосмотра (2 года назад) изменения в легких не обнаружены.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная. В правой надключичной области прощупываются два лимфатических узла величиной с горошину. Пульс 104 в мин, ритмичный.

Тоны сердца чистые. АД 115/65 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Справа под ключицей перкуторный звук укорочен, там же прослушивается ослабленное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови. Эритроциты – $3,98 \times 10^{12}/л$; Нв – 100 г/л; лейкоциты – $9,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 0; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 26%; моноциты – 4%; СОЭ – 58 мм/ч.

Рентгенологическое исследование справа верхняя доля затемнена. Тень затемнения гомогенная, нижние контуры её ровные, междолевая линия вогнута кверху. Тень плотно связана с корнем лёгкого. Отмечается некоторое смещение трахеи в сторону поражения.

Задание

1. Имеющиеся изменения в лёгких с учётом клиники и лабораторных данных при каких заболеваниях могут быть?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения того или иного заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 39

Больной М., 18 лет, каменщик.

Жалобы отсутствуют.

Анамнез заболевания. Изменения в легких обнаружены при рентгенологическом обследовании в военкомате. Установлен диагноз туберкулема левого легкого, и больной госпитализирован в районный тубдиспансер, где на протяжении трех месяцев лечился туберкулоstaticами. Тень в легких оставалась стабильной, в связи с чем направлен на консультацию в областной противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. В детстве болел корью, изредка переносил острые респираторные заболевания. Пять месяцев назад начал работать каменщиком. Контакта с больными туберкулезом не было. Не курит, алкоголь употребляет очень редко.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа чистая. Пульс 80 в мин, ритмичный.

Границы сердца в норме, тоны чистые, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно на всем протяжении легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови. Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; Нв – 156 г/л; лейкоциты – $4,1 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 0; сегментоядерные – 57%; лимфоциты – 37%; моноциты – 4%; СОЭ – 2 мм/ч.

Рентгенологическое исследование в лёгких при сравнении данных до лечения и после его проведения картина сохраняется прежняя – слева в S_2 определяется округлая тень диаметром 2,5x2,5 см, контуры её чёткие. В центре тени просматривается ещё более интенсивная тень (кальцинат).

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Ваш окончательный диагноз?
4. Какие методы лечения вы можете предложить?

Задача 40

Больной М., 40 лет. Направлен пульмонологом на консультацию.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания. Больным себя не считает. Проходил очередное флюорографическое обследование, после чего был вызван в поликлинику к пульмонологу. В течение 10 дней принимал противовоспалительное лечение, однако при контрольном R-исследовании динамики получено не было.

При **объективном обследовании** как со стороны органов дыхания, так и со стороны других систем отклонений от нормы не выявлено.

Анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 135 г/л; лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

На **рентгенограмме** лёгких справа на верхушке определяется несколько очаговых теней диаметром 0,3 – 0,5 см. Тени нечёткие, неинтенсивные.

Задание

1. При какой форме туберкулёза может быть вышеуказанная картина?
2. Какие необходимо ещё произвести исследования у данного больного для подтверждения диагноза?
3. Ваше окончательное мнение о диагнозе?

Задача 41

Больной К., 57 лет.

Поступил в стационар областного противотуберкулёзного диспансера с **жалобами** на общую слабость, снижение аппетита, похудание (за последний месяц масса тела снизилась на 7 кг), потливость, кашель с отхождением мокроты, иногда в мокроте замечал прожилки крови, температура тела по вечерам достигает 38°C.

Анамнез заболевания. Плохое самочувствие появилось около месяца назад. Сначала больной расценивал это как простудное заболевание. Лечился домашними методами, принимал антибиотики, сульфаниламидные препараты. Однако самочувствие не улучшалось, а кашель становился чаще и продолжительнее, увеличилось количество мокроты. Обратился к врачу по месту жительства, был обследован и направлен в стационар.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу, затем ПТУ по специальности каменщик, по которой и работает многие годы. Курит по 1 пачке сигарет в день. Употребляет алкоголь по его словам умеренно. Перенесенные заболевания – частые простуды.

Объективно. Кожные покровы бледные, пониженного питания, перкуторно над лёгкими укороченный лёгочной звук с обеих сторон в верхних и средних отделах. Аускультативно в лёгких на фоне ослабленного дыхания прослушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Сег – тоны приглушены, пульс 110 ударов в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Со стороны других органов и систем отклонений от нормы не выявлено.

На обзорной **рентгенограмме** грудной клетки симметрично с обеих сторон преимущественно в верхних и средних отделах определяются множественные очаговые тени диаметром от 0,5 до 1 см, нечеткие, неинтенсивные, местами сливного характера и с небольшими участками просветления в подключичных областях.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 110 г/л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$; СОЭ – 40 мм/ч.

Анализ мочи – без особенностей. Общий белок крови – 60 г/л.

При исследовании **мокроты** обнаружены БК устойчивые к H, R, S, E.

Задание

1. Из приведенных данных какая форма туберкулёза у данного больного?
2. По какой схеме нужно проводить лечение?
3. Какой средний срок лечения больных с данной формой туберкулёза?
4. Сформулируйте полностью диагноз.

Задача 42

Больная П., 42 года, колхозница.

Жалобы на изредка появляющийся сухой кашель, неинтенсивную боль за грудиной.

Анамнез заболевания. Заболевание выявлено при профилактическом осмотре месяц назад. Последнее флюорографическое обследование год назад. Изменений выявлено не было.

Анамнез жизни. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит, взрослой ничем не болела. Контакта с больными туберкулезом не было.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа розовая, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 78 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые, ритмичные. АД 135/80 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, на всем протяжении прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови. Эритроциты – $3,65 \times 10^{12}/л$; Нв – 125 г/л; лейкоциты – $5,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 3%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 62%; лимфоциты – 30%; моноциты – 2%; СОЭ – 5 мм/ч.

Рентгенограмма грудной клетки: слева во втором межреберье определяется небольшая фокусная тень размером 1,5x1,5 см. Гомогенная, неинтенсивная, округлой формы.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Назовите предполагаемый диагноз.

Задача 43

Больная Д., 46 лет, рабочая.

Жалоб нет.

Анамнез заболевания. Восемь лет назад при профилактическом осмотре выявлены изменения в легких (туберкулема). Амбулаторно была назначена химиотерапия, но больная почти не принимала препаратов. Месяц назад перенесла острое респираторное заболевание, после чего длительно кашляла. В связи с этим направлена на стационарное обследование.

Анамнез жизни. Часто болеет респираторными заболеваниями, несколько раз перенесла ангину. Замужем, имеет 3 детей. Все члены семьи здоровы. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

Объективно. Температура тела нормальная. Больная правильного телосложения, хорошего питания. Кожа розовая, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 68 в мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении чистый легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты – $3,74 \times 10^{12}/л$; Hb – 135 г/л; лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 58%; лимфоциты – 28%; моноциты – 8%; СОЭ – 3 мм/ч.

Рентгенологическое обследование: органов грудной клетки: справа в S₂ субплеврально определяется округлое тенеобразование с четкими контурами, гомогенное, 2 см в диаметре.

Задание

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Назовите другие заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.

Задача 44

Больной К., 50 лет, агроном.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, субфебрильную температуру тела, ухудшение аппетита, иногда потливость по ночам.

Анамнез заболевания. Семнадцать лет назад у больного был обнаружен инфильтративный туберкулез в фазе распада в верхушечном сегменте правого легкого с бактериовыделением. Лечился в течение пяти лет противотуберкулёзными препаратами, применялся также искусственный пневмоторакс. В результате чего наступило выздоровление. Больной чувствовал себя хорошо, в легких при периодических рентгенологических исследованиях всегда находили изменения, которые расценивали как неактивные. На протяжении последних двух месяцев состояние ухудшилось, появился кашель, потливость, иногда отмечается субфебрильная температура тела, снизился аппетит, больной похудел.

Анамнез жизни. Страдает хроническим холециститом и облитерирующим эндартериитом нижних конечностей. Курит много, часто употребляет алкогольные напитки.

Объективно. Температура тела 37,2°C. Больной правильного телосложения, пониженного питания, кожа бледная, периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 82 в мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 120/90 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии в верхних отделах правого легкого небольшое укорочение перкуторного звука, дыхание там же несколько ослабленное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $4,28 \times 10^{12}/л$; Нв – 140 г/л; лейкоциты – $9,8 \times 10^9/л$; эозинофилы – 3%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 24%; моноциты – 3%; СОЭ – 2 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: грудной клетки: справа в верхней доле на фоне фиброзно-очаговых изменений определяются свежие очагово-инфильтративные изменения местами сливного характера с подозрением на деструкцию.

Задание

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.

Задача 45

Больной Н., 50 лет, неработающий.

Поступил в стационар противотуберкулёзного диспансера с **жалобами** на выраженную слабость, снижение аппетита, одышку при ходьбе, частый кашель с отхождением мокроты около 100 – 150 мл в сутки, иногда с наличием прожилок свежей крови.

Анамнез заболевания. Год назад был выявлен туберкулёз лёгких (форму туберкулёза больной не знает). Был госпитализирован в стационар и в течение двух месяцев принимал противотуберкулёзные препараты. Находясь в стационаре часто употреблял алкоголь, был оформлен на принудительное лечение, но успел сбежать из стационара и лечения не принимал.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормальным ребенком. Окончил 8 классов, затем строительное ПТУ, работал маляром. Начал часто употреблять алкоголь за что был уволен с работы и больше нигде не работал. Курит с 15 лет по 10-15 сигарет в день.

Объективно. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, правая половина грудной клетке уменьшена в объёме и заметно отстаёт при дыхании от левой. Перкуторно над правым легким укороченный звук, аускультативно в верхних отделах жесткое дыхание с грубыми сухими хрипами. Тоны сердца приглушены, пульс 90 ударов в мин, АД 140/90 мм рт. ст. Печень пальпируется ниже реберного края справа на 2 см.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 110 г/л; лейкоциты – $12,2 \times 10^9/л$; СОЭ – 50 мм/ч. Анализ мочи: белок 0,3 мг/л, эритроциты – единичные в поле зрения.

Рентгенологическое исследование: в правом лёгком на всём протяжении лёгочной ткани выраженные фиброзно-склеротические изменения, очаги различной интенсивности, местами сливного характера. В верхней доле определяется большая полость распада 5х6 см с толстыми стенками. Лёгкое уменьшено в объёме, отмечается смещение органов средостения в сторону поражения.

Задание

1. По имеющимся данным о каком заболевании можно предположить?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие заболевания лёгких могут иметь схожую рентгенологическую картину с вышеописанной?
4. Ваш окончательный диагноз.

Задача 46

Больная Л., 36 лет, санитарка.

Жалобы на сухой кашель, боль колющего характера в грудной клетке справа, усиливающуюся при глубоком дыхании, общую слабость, потливость.

Анамнез заболевания. Два года назад во время профосмотра были обнаружены изменения в легких – диагностирован очаговый туберкулез в S₁-S₂ правого легкого. В течение шести месяцев лечилась в стационаре: изониазид, рифадин, пиперазин, стрептомицин - чувствовала себя хорошо. В настоящее время в связи с ухудшением общего состояния направлена в тубдиспансер.

Анамнез жизни. На протяжении года болеет сифилисом. Проведено два курса по поводу вторичного сифилиса.

Объективно. Температура тела 38,7. Больная правильного телосложения, несколько пониженного питания, кожа бледная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии справа в области верхнего угла лопатки притупление, в нижних отделах справа значительное притупление перкуторного звука. Дыхание везикулярное, значительно ослабленное в нижних отделах справа. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Рентгенологическое исследование: в проекции верхней доли правого легкого инфильтративная тень, с просветлением в центре. В правом реберно-диафрагмальном синусе гомогенное затемнение средней интенсивности с верхней косой границей.

Анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$; Hb – 103 г/л; лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 67%; лимфоциты – 24%; моноциты – 4%; СОЭ – 58 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 47

Больная К., 18 лет, рабочая.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, умеренный кашель с выделением незначительного количества слизистой мокроты, слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5°C - 38°C.

Анамнез заболевания. Месяц назад повысилась температура тела до 38°C, появились кашель, сначала сухой, затем с небольшим количеством слизистой мокроты, в которой трижды были обнаружены прожилки крови, колющая боль в правой половине грудной клетки. Затем боль прошла, стала беспокоить одышка во время работы. Была госпитализирована в терапевтическое отделение, где был диагностирован правосторонний экссудативный плеврит. Лечение: неспецифическая антибактериальная терапия, НПВС, десенсибилизирующие препараты, однократно плевральная пункция.

На **рентгенограмме**, сделанной после пункции на верхушке правого легкого выявлены очаговые тени малой интенсивности, с нечеткими контурами. После консультации фтизиатра была госпитализирована в тубдиспансер.

Анамнез жизни. Год назад папула при постановке реакции Манту – 21мм. Больше ничем не болела. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Температура тела 37,7°C. Больная правильного телосложения, рост 165 см, вес 52 кг, кожа чистая. Пальпируются плотные шейные периферические лимфатические узлы, не спаянные с кожей, безболезненные, до 0,5мм в диаметре. Пульс 90 уд. в мин., ритмичный. Левая граница сердца смещена на 1см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца чистые. АД 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая её половина отстает при дыхании. При перкуссии справа сзади от верхней трети лопатки вниз - тупой перкуторный звук. Там же отсутствует голосовое дрожание, и не прослушивается дыхание. Спереди над легкими на всем протяжении легочный звук, дыхание везикулярное, справа слегка ослабленное по средне-ключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$; Нв – 90 г/л; лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 58%; лимфоциты – 19%; моноциты – 16%; СОЭ – 51 мм/ч. В плевральной жидкости – белок 40 г/л, уд. вес 1035, проба Ривальта положительная, лимфоциты 75%.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 48

Больной Х., 80 лет, пенсионер.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, одышку при ходьбе, общую слабость, ухудшение аппетита.

Анамнез заболевания. Месяц назад после подъема тяжести у больного появилось небольшое кровохарканье, на которое он не обратил внимания. Через 6 дней кровохарканье повторилось и с того времени стало почти ежедневным. Появилась одышка при ходьбе, которая постепенно нарастает, ухудшился аппетит (похудел с момента заболевания на 2 кг). С этими жалобами обратился к врачу.

При **флюорографии** были выявлены изменения в легких – снижение пневматизации верхней доли правого легкого. Округлая тень с лучистыми контурами в проекции правого корня.

Больной направлен в стационар.

Анамнез жизни. Во время войны перенес ранение правого бедра. Двадцать лет назад страдал язвенной болезнью желудка, которую вылечили. Восемнадцать лет назад болел очаговым туберкулезом легких. Давно снят с учета в тубдиспансере. Год назад при профосмотре активных туберкулезных изменений в легких не обнаружено. Не курит последние 5 лет, курил более 50 лет, алкогольных напитков не употребляет.

Объективно. Температура тела нормальная. Больной правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная, периферические лимфатические узлы не увеличены. В области правого бедра рубец после ранения. Пульс 90 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены. АД 140/95 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Над грудной клеткой притупление перкуторного звука справа в области верхней трети лопатки, дыхание справа в межлопаточном пространстве ослабленное, хрипы не прослушиваются. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 102 г/л; лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%; палочкоядерные – 8%; сегментоядерные – 65%; лимфоциты – 20%; моноциты – 5%; СОЭ – 38 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 49

Больной К., 24 года, не работает.

Жалобы на редкий кашель с выделением скудного количества слизистой мокроты, утомляемость.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоили больного на протяжении трех месяцев, но к врачу он не обращался.

Изменения в легких - мягкоочаговые тени на обеих верхушках легких, выявлены во время **флюорографии** при оформлении на работу.

Анамнез жизни. В детстве перенес скарлатину, больше ничем не болел. В семье все здоровы, контакт с больными туберкулезом отрицает. Два года назад при флюорографии изменений в легких не выявлено. Курит мало, алкогольные напитки почти не употребляет.

Объективно. Температура тела нормальная. Правильного телосложения, хорошего питания. Кожа розовая, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 76/мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 125/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 126 г/л; лейкоциты – $5,7 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 53%; лимфоциты – 37%; моноциты – 8%; СОЭ – 4 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 50

Больная К., 6 лет.

Жалобы на светобоязнь, слезоточивость, кашель, плохой аппетит.

Анамнез заболевания. С пятилетнего возраста девочка покашливала, но родители не обращали внимания. Три месяца назад появились покраснение глаз, слезоточивость, светобоязнь. Нигде не лечилась.

В стационаре сделана **рентгенография** органов грудной клетки – в правом легком, в проекции S_6 определяется диффузная тень с широкой дорожкой к корню. Отмечается расширение тени правого корня.

Анамнез жизни. В роддоме ребенку сделана прививка БЦЖ. Часто болела простудными заболеваниями. Проба Манту в 4 года отрицательная, в 5 лет – 6 мм, в 6 лет – 17 мм.

Объективно. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Девочка бледная, пониженного питания. Выраженная светобоязнь, слезотечение, инъекция конъюнктивы обоих глаз. Поствакцинальный рубец отсутствует. Пальпируются мелкие, мягкие, подвижные заднешейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы. Пульс 90 в мин., ритмичный. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны чистые. АД 105/65 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, обе её половины равномерно участвуют в акте дыхания. Над легкими на всем протяжении легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: эритроциты – $3,74 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 110 г/л; лейкоциты – $8,1 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 9%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 20%; моноциты – 1%; СОЭ – 23 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 51

Больной М., 16 лет, школьник.

Жалобы на появление опухолевидного образования над ключицей, потливость.

Анамнез заболевания. Пять месяцев назад заметил опухолевидное образование слева над ключицей. Чувствовал себя хорошо. Месяц назад это образование несколько увеличилось, появилась повышенная потливость. Обратился в поликлинику и был госпитализирован.

Анамнез жизни. В 10 лет при проведении туберкулинодиагностики в школе был выявлен вираж туберкулиновой пробы. Мальчик обследовался в тубдиспансере, была назначена химиопрофилактика изониазидом. В следующем году 2 мес. оздоравливался в детском тубсанатории. Больше ничем не болел.

Объективно. Периодически температура тела повышается до 37,8-38,8°C. Больной удовлетворительного питания, правильного телосложения. Кожа чистая, бледная. Слева в надключичной области пальпируются увеличенные лимфатические узлы, величиной со сливу, плотноэластической консистенции, спаянные между собой и не болезненные. Справа в подчелюстной и подмышечной областях, а также в паховой области – единичные мелкие лимфатические узлы. Пульс 88 /мин., ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. АД 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии – паравертебрально в грудном отделе укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень на 1см ниже края реберной дуги, селезенка на 1см ниже края реберной дуги.

Рентгенологическое обследование: определяется расширение тени средостения, тени обоих корней легких расширены за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов.

Анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$; Нв – 108 г/л; лейкоциты – $19,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1; палочкоядерные – 5%; сегментоядерные – 46%; лимфоциты – 39%; моноциты – 9%; СОЭ – 40 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 52

Больная Ф., 18 лет.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания. Во время профосмотра при устройстве на работу на рентгенограмме обнаружены признаки двусторонней лимфаденопатии.

Госпитализирована с диагнозом туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

Анамнез жизни. Перенесла корь и грипп. Больше ничем не болела. Контакта с больными туберкулезом не имела. Проба Манту год назад отрицательная.

Объективно. Температура тела нормальная. Правильного телосложения, нормального питания. Кожа чистая, розовая. Пальпируются мелкие и эластичные заднешейные периферические лимфатические узлы. Пульс 76 /мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается незначительное укорочение перкуторного звука паравертебрально в межлопаточной области и парастернально спереди. На всем протяжении прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты – $3,87 \times 10^{12}/л$; Нв – 120 г/л; лейкоциты – $5,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 60%; лимфоциты – 29%; моноциты – 6%; СОЭ – 20 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 53

Больная С., 5 лет.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, плохой аппетит, потливость в ночное время, повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Анамнез заболевания. Последние три месяца девочка вялая, отмечается плохой аппетит. Месяц назад повысилась температура тела до $37,9^{\circ}\text{C}$, появился кашель, усилилась потливость по ночам. Лечили дома от «гриппа», но температура не снижалась. Затем ребенок начал жаловаться на боль в животе. Была госпитализирована в детскую больницу с подозрением на гельминтоз. При флюорографии обнаружены изменения в легких.

Анамнез жизни. Девочка родилась доношенной. Раньше ничем не болела. Контакт с больным туберкулезом отцом. Проба Манту два года назад отрицательная.

Объективно. Температура тела $38,1^{\circ}\text{C}$. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа бледная. Периферические лимфатические узлы эластичные, пальпируются в пяти группах. Пульс 118/ мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 105/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии на уровне верхней трети лопатки в паравerteбральных отделах с обеих сторон отмечается притупление перкуторного звука. Дыхание над легкими жесткое, справа в нижних отделах единичные сухие хрипы. Живот мягкий. Край печени на уровне реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Рентгенологическое исследование: в верхней доле левого легкого диффузная однородная тень средней интенсивности, сливающаяся с корнем легкого.

Анализ крови: эритроциты – $3,73 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 110 г/л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 8%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 22%; моноциты – 2%; СОЭ – 23 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 54

Больной Я., 14 лет.

Жалобы на сухой кашель, периодическое повышение температуры тела, потливость, плохой аппетит, боль в животе.

Анамнез заболевания. Мальчик болен около двух месяцев. Потерял аппетит, начал худеть, впоследствии мать отметила периодические повышения температуры тела, потливость и покашливание. Последние 4 дня жалуется на боль в животе. В связи с этим госпитализирован в детское отделение, где при рентгенологическом обследовании выявлены изменения в легких.

Анамнез жизни. Ребенок родился доношенным. Рос и развивался нормально. Болел корью, ветряной оспой. Дедушка болен туберкулезом легких, но живет отдельно. При рождении мальчик не вакцинирован против туберкулеза. Туберкулиновые пробы год назад были отрицательными.

Объективно. Температура тела 38,3°C. Мальчик правильного телосложения, пониженного питания, кожа резко-бледная. Периферические лимфатические узлы – шейные, подчелюстные, надключичные, подмышечные, паховые увеличены, до 2-3 см в диаметре. Пульс 118 мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 105/75 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Паравerteбрально с обеих сторон отмечается притупление перкуторного звука. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка – на 2 см.

Рентгенологическое описание: на обзорной рентгенограмме тень средостения в виде «дымовой трубы». Остальные отделы легких без особенностей.

Анализ крови: эритроциты – $2,74 \times 10^{12}/л$; Hb – 90 г/л; лейкоциты – $25,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 12%; сегментоядерные – 50%; лимфоциты – 33%; моноциты – 4%; СОЭ – 44 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 55

Больная Ф., 58 лет, доярка.

Жалобы на сухой приступообразный кашель, который возникает чаще ночью, субфебрильную температуру тела, похудание, утомляемость.

Анамнез заболевания. Месяц назад после переохлаждения появились сухой кашель и боль в грудной клетке, температура тела повысилась до 38°C. Лечилась амбулаторно. Через 3 дня температура снизилась до субфебрильных цифр, затем нормализовалась. Однако через 2 недели после выхода на работу вновь появились кашель и боль в грудной клетке, однократно было кровохарканье.

Анамнез жизни. Все члены семьи здоровы. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Во время последнего профосмотра (2 года назад) изменений в легких не выявлено.

Объективно. Температура тела 37,4°C. Больная пониженного питания, кожа бледная. Слева в надключичной области прощупывается безболезненный лимфатический узел величиной около 1 см. Пульс 86 мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны приглушены. АД 140/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Слева в межлопаточной области отмечается притупление перкуторного звука. Там же прослушивается несколько ослабленное дыхание. Живот мягкий, нижний край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Рентгенологическое исследование. В проекции S₃ определяется фокусная тень размером 3 x 5 см с бугристыми контурами, с явлениями лимфангита. По периферии тени участок просветления с неровным внутренним контуром.

Анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 118 г/л; лейкоциты – $10,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 5%; сегментоядерные – 58%; лимфоциты – 31%; моноциты – 2%; СОЭ – 38 мм/ч.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 56

У ребенка 10 лет из контакта выявлена впервые положительная проба Манту с 2 ТЕ – 15мм. Через 3 месяца появилась клиника пневмонии со скудными физикальными данными со стороны легких.

Анамнез жизни. Контакт с дедом, больным туберкулезом органов дыхания.

Объективно. Температура тела 37,4°С. Больной пониженного питания, кожа бледная. Пульс 86 в мин., ритмичный. Границы сердца в норме, тоны приглушены. АД 110/65 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Справа в межлопаточной области отмечается притупление перкуторного звука. Там же прослушивается несколько ослабленное дыхание. Живот мягкий, нижний край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 118 г/л; лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 5%; сегментоядерные – 58%; лимфоциты – 31%; моноциты – 2%; СОЭ – 28 мм/ч.

Рентгенологическое исследование: справа в S₃ инфильтративная тень средней интенсивности, сливающаяся с тенью корня легкого.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 57

Больной Д., 37 лет, слесарь.

Жалобы на повышение температуры тела до $38,3^{\circ}$, временами ознобы, ночные поты, нарастающую слабость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. В последнюю неделю кашель усилился, увеличилось количество мокроты, к вечеру осиплость голоса, боль при глотании. Отмечает выраженную потерю веса.

В прошлом ничем не болел. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Последнее рентгенообследование 1,5 года назад, патологии не выявлено.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 1,5 месяцев, когда стал отмечать утомляемость, снижение аппетита, ночную потливость. Связывал изменения в состоянии здоровья с перенесенным в это время простудным заболеванием.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Над легкими симметрично в надлопаточной зоне укорочение перкуторного звука, в нижнелатеральных отделах тимпанит. Дыхание ослаблено, под ключицами сухие хрипы, справа над лопаткой скудные мелкопузырчатые влажные хрипы. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые. Пульс 92 удара в минуту. Артериальное давление – 100/60. Со стороны органов брюшной полости изменений не выявлено.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; Нв – 108 г/л; лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$; эозинофилы – 4%; палочкоядерные – 5%; сегментоядерные – 74%; лимфоциты – 15%; моноциты – 2%; СОЭ – 38 мм/ч.

Анализ мочи: белок – 0,033 проц., лейкоциты – 0-3 в поле зрения.

Анализ мокроты – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии – 2-3 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование: множественные очаги 5-7 мм средней и малой интенсивности симметрично с обеих сторон, в подключичной зоне слева очаги сливные, с просветлением в этой зоне до 1 см в диаметре.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 58

Больной П., 42 года, доставлен каретой скорой помощи в неврологическое отделение. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Контакт не доступен. По словам родственников три недели тому назад больной предъявлял жалобы на утомляемость, небольшую головную боль. Стал раздражительным, много спал. За два дня до госпитализации головные боли усилились, трижды была рвота съеденной пищей. Был вызван участковый врач, который предположил пищевое отравление. Попытка промывать желудок не удалась, т. к. небольшое количество жидкости (1 стакан) уже вызвал рвоту. Головные боли нарастали, повысилась температура тела до 38,6°, но рвота прекратилась. За несколько часов до поступления больной периодически «отключался», перестал отвечать на вопросы. Была вызвана карета скорой помощи, которая предположила кровоизлияние в мозг и больной был доставлен в неврологическое отделение.

В детстве перенес туберкулезный бронхоаденит. Последний год трижды «грипп», после чего долгое время не прекращался кашель. Состояние больного тяжелое. Жалобы на резкие головные боли, резкую слабость, сонливость. Сознание спутанное. В контакт с больным вступить невозможно. На вопросы не отвечает.

Объективно: Со стороны черепномозговых нервов птоз левого века, сходящееся косоглазие, носогубная складка слева сглажена. Из менингеальных симптомов резко выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, Брудзинского. Сухожильные рефлексы. Справа положительный симптом Бабинского.

Дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные. Пульс 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Рентгенологическое исследование в легких мелкоочаговые тени средней интенсивности, не сливающиеся между собой, расположенные по всем легочным полям.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 59

Больная 28 лет.

Последние 1,5 месяца отмечает повышенную утомляемость, снижение трудоспособности, раздражительность, нарушение сна, по вечерам субфебрильную температуру, потливость во время сна. При аускультации над легкими везикулярное дыхание. Показатели анализа периферической крови без патологических изменений.

Рентгенологическое исследование: в легких справа в первом и втором сегментах группа очагов средней и малой интенсивности местами сливного характера.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 60

Больная 22 года. Жалоб не предъявляет.

Работает на хлебозаводе кондитером. При профосмотре на **пульмоскане** в S_I сегменте слева были обнаружены интенсивные очаги с четкими контурами.

Аускультивно над легкими везикулярное дыхание.

Показатели анализа периферической крови без патологических изменений.

Задание

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Задача 61

Больной К. 63 лет. Два месяца назад повысилась температура до 38° , появился кашель. Участковый врач заподозрил пневмонию справа и назначил соответствующее лечение. Состояние больного через две недели улучшилось, вышел на работу. Месяц назад вновь появилась температура, усилился кашель, появилось незначительное кровохарканье.

При **рентгенологическом** исследовании справа в прикорневой зоне выявлена тень без четких контуров, которая трактовалась как очаговая пневмония. Назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия, в результате которого состояние больного значительно улучшилось. Пять дней назад вновь повысилась температура, появилась одышка. Больной госпитализирован. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Курит около 40 лет.

Состояние больного удовлетворительное. Правая половина грудной клетки несколько отстает в дыхании. Перкуторно справа над лопаткой - притупление легочного звука.

Аускультативно: в зоне притупления дыхание значительно ослаблено. Выслушиваются единичные сухие хрипы.

В **гемограмме** умеренный лейкоцитоз ($9,0 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - 55 мм/час. Лейкоцитарная формула: Э - 3, п - 6, с - 70, л - 18, м - 3.

Данные рентгенологического исследования: гомогенное затемнение верхней доли правого легкого, которая уменьшена в объеме. Добавочная междолевая щель вогнута в сторону верхней доли и смещена вверх. Верхний отдел средостения смещен вправо. Правый купол диафрагмы приподнят.

Задание

1. Предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Дифференциальная диагностика.

Задача 62

Ребенку В. 5 лет. Вакцинирован БЦЖ при рождении. Имеется рубчик - 5 мм.

Реакция Манту:

в возрасте 1 года папула - 8 мм,

2 года - папула 6 мм,

3 года - папула 5 мм,

4 года - папула 4 мм,

5 лет - папула 10 мм в диаметре.

Задание

1. Как расценить реакцию? Обоснуйте.
2. Какие мероприятия необходимо провести?

Задача 63

В области проживает 1100 тыс. взрослого населения. В прошлом году выявлено с активными формами туберкулеза в т. ч. внелегочной локализации 455 человек, из них с туберкулезом органов дыхания - 437.

Задание

Какова общая заболеваемость туберкулезом и заболеваемость туберкулезом органов дыхания?

Задача 64

В школе была произведена очередная постановка пробы Манту в первых классах. Всего было 100 учащихся. При проверке результатов оказалось: отрицательных проб 40. Сомнительных - 34, положительных 26.

Ваша тактика?

Задача 65

Больной Г., 37 лет. После флюорообследования были обнаружены изменения в легких. Направлен в тубдиспансер для консультации.

Жалоб не предъявляет. Больным себя не считает. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

Объективно: общее состояние хорошее. Температура нормальная. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Эр: - $4 \times 10^{12}/л$, Л - $6.8 \times 10^9/л$, Э - 4, п - 2, с - 61, л - 30, м - 3, СОЭ - 4 мм/час.

МБТ не обнаружены различными методами, при многократном исследовании.

Рентгенологическое исследование: справа в 6-м сегменте фокусная тень 2 x 2 см, неоднородная с четкими ровными контурами, с просветлением с медиальной стороны и с наличием очаговых теней в окружающей легочной ткани. Реакция Манту - 8 мм.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
3. Дайте рекомендации по лечению.

Задача 66

Пациент Д. 38 лет. Считает себя больным три года. Тогда повысилась температура до 38.7° , появился кашель с выделением слизистой мокроты, слабость. Участковый врач диагностировал пневмонию и назначил соответствующее лечение, которое проводилось в амбулаторных условиях и через 9 дней пациент приступил к работе, но его продолжал беспокоить кашель. В течение последующих лет периодически (каждые 3-4 месяца) повышалась температура, усиливался кашель, увеличивалось количество мокроты. Мокрота приобрела слизисто-гнойный и гнойный характер. С подозрением на туберкулезную этиологию заболевания, в настоящее время, госпитализирован в противотуберкулезный диспансер. Флюорографию проходил более 3-х лет тому назад.

Состояние больного удовлетворительное. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии справа на уровне IV ребра по средне-ключичной линии укорочение звука, переходящее в тупость. При аускультации на месте укорочения на фоне жесткого дыхания много сухих и разнокалиберных влажных хрипов. Голосовое дрожание справа спереди усилено. В гемограмме лейкоцитоз ($8.8 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ до 32 мм/час., э - 1, п - 5, с - 77, л - 16, м - 2. МБТ в мокроте не обнаружены при многократном исследовании различными методами. Атипические клетки не найдены. Туберкулиновые реакции отрицательные.

Данные рентгенологического обследования: справа, соответственно средней доле легкого, негетогенное интенсивное затемнение. Доля несколько уменьшена в объеме, в ней выявляются мелкие участки просветления (бронхоэктазы). Нижняя часть главной и добавочной междолевых щелей вогнуты в сторону средней доли. Правый купол диафрагмы несколько приподнят.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз, обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у больного?
3. Какие нужны дополнительные исследования?

Задача 67

Больной 35 лет. Заболел остро две недели назад. Повысилась температура до 39° , появился сильный кашель. Участковый врач диагностировал пневмонию и назначил соответствующее лечение. Четыре дня назад общее самочувствие несколько улучшилось, но резко увеличилось количество мокроты (до 300 мл в сутки), у последней появился неприятный запах. Больной госпитализирован.

Состояние средней тяжести. При разговоре с больным обращает на себя внимание гнилостный запах изо рта. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторный звук слева в межлопаточном пространстве укорочен. При аускультации слева на месте укорочения звука бронхиальное дыхание и разноколиберные влажные хрипы. Голосовое дрожание слева усилено. Выраженная бронхофония.

В **гемограмме** лейкоцитоз ($17.0 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п - 7, с - 76). СОЭ - 55 мм/час. МБТ в мокроте не обнаружены при неоднократном исследовании.

Данные рентгенологического обследования: слева в нижней доле легкого соответственно шестому сегменту, участок интенсивного затемнения легочной ткани без четких контуров. В центре его округлой формы просветление со смещающимся уровнем жидкости. Левый купол диафрагмы ограничен в движении.

Задание

1. Диагноз заболевания и его обоснование?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Рекомендации по лечению.

Задача 68

Больной И., 28 лет. Месяц назад ухудшилось самочувствие, обратил внимание на повышенную утомляемость, плохой аппетит. Считал, что изменения в состоянии здоровья связаны с переутомлением и за врачебной помощью не обращался. При очередном профилактическом осмотре обнаружены изменения в легких. Направлен в противотуберкулезный диспансер.

Больной правильного телосложения, нормального питания, кожа влажная, повышенная потливость в подмышечных областях, температура нормальная. При пальпации грудной клетки отмечается ригидность трапецевидной мышцы справа. Перкуторных и аускультативных изменений выявить не удалось. При исследовании крови - повышение СОЭ (23 мм/час), гемограмма - без изменений. Мокроты не выделяет. При использовании раздражающих ингаляций и в промывных водах бронхов БК не обнаружены.

Данные рентгенологического исследования: справа под ключицей (в S₂) округлой формы неинтенсивная тень без четких контуров диаметром 2,5 см, связанная "дорожкой" с корнем легкого.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз и методика его уточнения.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 69

Больная К., 28 лет доставлена в стационар района в бессознательном состоянии. Сопровождающие родственники рассказали, что заболела она 2 недели назад. Появилась головная боль, которая прогрессивно нарастала, температура тела повысилась до 39° . Фельдшер ФАПа назначил внутрь антибиотики, обезболивающие препараты. Однако, эффекта не получено. Примерно через неделю состояние значительно ухудшилось, появилась рвота, спутанность сознания, а к 10 дню перестала вступать в контакт. Была вызвана скорая помощь и больная госпитализирована.

Объективно: состояние тяжелое, в контакт не вступает, температура - 38.7° . Цианоз, одышка, 40 дыханий в 1 мин, пульс 120 уд. в мин, давление 140/90. В легких ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы, живот мягкий. Имеется ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского, птоз верхнего века справа. Анализ крови: лейкоцитоз - $8.0 \times 10^9/\text{л}$, Нв - 140 г/л, СОЭ - 43 мм /час, анализ мочи - без особенностей, реакция Манту - отрицательная.

Рентгенологическое обследование: с обеих сторон на всем легочном протяжении легких определяются множественные мелкоочаговые высыпания. Размеры очагов 2 - 3 мм в диаметре.

Осмотр окулиста - множественные мелкие очаги на сетчатке. МБТ в мазке из зева не обнаружены. Выполнена спинномозговая пункция. Жидкость прозрачная, вытекала частыми каплями. Белок - 1.89 г/л, цитоз - 624/3, Р. Панди ++++. В мазке - лимфоциты - 72%, нейтрофилы - 28%. Через сутки выпала пленка. Сахар - 1.6 Ммоль/л, хлориды - 90 Ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Ваши рекомендации по лечению.

Задача 70

Больной Г., 22 года. Жалуется на тяжесть в грудной клетке справа, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, усиленное потоотделение, особенно ночью, повышение температуры тела до 37.3° .

Две недели назад заболел остро, появилась сильная боль в правом боку в нижнем отделе, особенно при вдохе, t тела была 38° . Принимал жаропонижающие таблетки, ставились банки (лечился амбулаторно). Через 4 - 5 дней самочувствие улучшилось, почти нормализовалась температура, прекратились боли. Вышел на работу, однако полностью себя здоровым не чувствовал, постепенно появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: грудная клетка правильной формы, правая ее половина несколько отстает при дыхании, голосовое дрожание справа не проводится, при перкуссии - притупление в нижнем отделе грудной клетки справа, при аускультации - дыхание почти не прослушивается анализ крови: лейкоцитоз - $8.2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 45 мм/час. Анализ мочи в норме, МБТ в мокроте не обнаружены.

Рентгенографическое исследование: в правой половине грудной клетки от уровня III ребра и до диафрагмы гомогенное затемнение с косо идущей линией от периферии в сторону корня легкого.

Задание

1. Сформулируйте диагноз с обоснованием.
2. Укажите с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные исследования следует выполнить?

Задача 71

Больная Н., 23 года. Болеет в течение трех месяцев. Появились боль за грудиной, кашель, периодически стала повышаться температура, прогрессивно худеет. Две недели назад под правой ключицей стала определяться припухлость, появился кожный зуд. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Общее состояние больной удовлетворительное, несколько снижено питание. В надключичной области справа припухлость. При пальпации определяется группа лимфатических узлов диаметром 2 - 3 см, плотные, подвижные, не спаянные с подкожной клетчаткой и между собой. В других органах и системах при объективном исследовании изменения не обнаружены. В гемограмме - лейкоцитоз ($18 \times 10^9/\text{л}$), лимфопения (13%), СОЭ - 25 мм в час. МБТ в мокроте при многократном исследовании различными методами не обнаружены.

Данные рентгенологического исследования: легочные поля без видимых изменений. Средостение в верхнем отделе широкое, симптом "дымовой трубы", справа определяется группа увеличенных трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов. Контуры узлов четкие, перифокальная инфильтрация отсутствует.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 72

Больная К. 60 лет. Считает себя больной около 2 месяцев, когда появился сухой кашель, повысилась температура до 38.5° , появилось кровохарканье. Была направлена в терапевтическое отделение Лидской ЦРБ. Кровохарканье исчезло через неделю, температура снизилась до субфебрильных цифр и после проведенного рентгенологического обследования, переведена в областной противотуберкулезный диспансер. Контакт с туберкулезными больными отрицает. При поступлении жалобы на умеренный сухой кашель. Температура нормальная. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно - ясный легочной звук. При аускультации - дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 76 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Анализ мокроты: люминесцентная микроскопия - КУБ + (плюс)

Анализ крови: Э - $4.8 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л., Л - $6.4 \times 10^9/л$, Э - 1, п - 6, с - 69, л - 78, м - 6, СОЭ - 55 мм/час.

Рентгенологическое исследование: справа в 6-м сегменте кольцевидная тень 2 x 4 см с толстыми инфильтративными стенками и очаговоподобными тенями в окружающей легочной ткани. Корень справа деформирован, бесструктурен. Удлинена и закруглена дуга левого желудочка, тень аорты уплотнена. При фибробронхоскопии - катаральный эндобронхит.

Задание

1. Диагноз, обоснуйте.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План лечения.

Задача 73

Больной В. 25 лет. Заболел остро 2 недели назад. Поднялась температура до $38 - 38.5^{\circ}$, появился кашель с выделением небольшого количества мокроты, потливость, особенно ночью, слабость, снижение аппетита.

Контакт с больной туберкулезом матерью. Жена и двое детей здоровы. Профессиональных вредностей на работе не было. Состояние больного средней тяжести. При объективном исследовании отмечается коробочный оттенок перкуторного звука над обоими легкими.

При аускультации в межлопаточном пространстве выслушивается небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов на фоне ослабленного везикулярного дыхания. Тоны сердца несколько приглушены, пульс ритмичный 94 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения.

В гемограмме умеренный лейкоцитоз ($9,5 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево п - 6%, с - 74%, л - 16, м - 4, СОЭ - 30 мм в час. МБТ в мокроте при однократном исследовании не обнаружены.

Рентгенологическое обследование: на протяжении обоих легких, преимущественно в верхних долях, очаговые тени средней интенсивности диаметром от 3 до 10 мм, сливающиеся справа в подключичной области в более крупный фокус затемнения. В центре намечается участок просветления неправильной формы. Легочный рисунок усилен.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз с обоснованием.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. План дальнейшего обследования и лечения.

Задача 74

Больной Т. 13 лет. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, рубчик - 3 мм. Два месяца назад стал отмечать недомогание, слабость, познабливание, ухудшение аппетита. Две недели назад повысилась температура до 38° , которая через три дня снизилась до $37.2 - 37.3^{\circ}$ и на этом уровне держится почти постоянно, поднимаясь чаще к вечеру. Отмечается умеренный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

При **объективном обследовании** отмечается бледность кожных покровов, несколько пониженное питание. Перкуторно и аускультативно изменений в легких не обнаружено. Со стороны сердечно-сосудистой системы - тахикардия, 98 ударов в минуту.

В **гемограмме** лимфоцитоз (35%). Повышенная СОЭ (24 мм в час), МБТ в мокроте не обнаружены. Р. Манту - 15 мм, вираж после отрицательной пробы.

При **рентгенологическом обследовании** определяется расширение и малая структурность корней обоих легких, преимущественно левого, в котором видны полициклические тени увеличенных бронхопальмональных лимфатических узлов, наружный контур нечеткий.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз с обоснованием.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Рекомендации по лечению.

Задача 75

Больной 40 лет, пескоструйщик. Болен около 6 лет. Тогда появилась одышка, редкий сухой кашель. Одышка постепенно усиливалась, стали беспокоить боли в грудной клетке. Год назад вечерами стала повышаться температура, появилась гнойная мокрота, больной стал худеть.

Контакт с больными туберкулезом отрицает.

Общее состояние удовлетворительное. Питание понижено. Грудная клетка бочкообразной формы. Межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в дыхании. Перкуторный звук над нижними отделами легких коробочный, под ключицей справа - укорочение. При аускультации на протяжении обоих легких - ослабленное везикулярное дыхание, на фоне которого выслушиваются грубые сухие хрипы.

Справа под ключицей и в межлопаточном пространстве звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Голосовое дрожание на протяжении обоих легких ослаблено. В гемограмме лейкоцитоз ($9.8 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ - 40 мм в час. В мокроте обнаружены КУБ.

Данные рентгенологического обследования

На протяжении обоих легких сетчатость. В средних легочных полях мелкие однородные по величине и структуре очаги. Справа под ключицей участок затемнения легочной ткани диаметром 5 см, средней интенсивности с нечеткими контурами и участок просветления округлой формы в центре. Слева над диафрагмой в области хвостовой части корня крупные малоинтенсивные очаги сливного характера. Диафрагма опущена, малоподвижна.

Задание

1. Сформулируйте диагноз с обоснованием.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Рекомендации по лечению.

Задача 76

Больной В., 46 лет, поступил с жалобами на умеренный кашель с отделением слизисто-гноной мокроты, общую слабость, снижение аппетита. Заболевание началось постепенно, с недомогания, слабости. После перенесенного гриппа (со слов больного) состояние значительно ухудшилось. Появился кашель, одышка. Обратился к врачам. Был обследован и направлен на лечение.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Грудная клетка правильной формы. Левая половина несколько отстает в акте дыхания. Перкуторно: слева в нижних отделах по задней подмышечной линии - притупление.

Аускультативно: в подключичной области слева скудные мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы. В нижних отделах слева резко ослабленное везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

Рентгенологическое исследование: слева в 1-м и 2-м сегменте на фоне фиброзно-измененной легочной ткани округлая тень с нечеткими контурами, неомогенная, с просветлением в центре и дорожкой к корню. В нижнем отделе слева - гомогенное затенение более интенсивное книзу с косой верхней границей до переднего отрезка 4-го ребра.

Исследование мокроты методом простой бактериоскопии: КУБ – (минус), КУБ – (минус), КУБ + (плюс) 1 - 2 в поле зрения.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0%, нейтрофилы: палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 71%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%, СОЭ - 36 мм/час.

Задание

1. Сформулируйте диагноз заболевания и обоснуйте.
2. С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику?
3. Нужны ли дополнительные исследования, и какие?
4. Рекомендации по лечению.

Задача 77

Больной Г. 26 лет. Жалоб не предъявляет. Поступил для уточнения диагноза после флюорографического обследования. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

Объективно: при сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук над симметричными участками.

Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные.

Анализ крови: лейкоциты - $7,8 \times 10^9/\text{л}$ СОЭ - 6 мм/час.

МБТ не обнаружены методом люминесцентной микроскопии и методом посева.

Рентгенологическое исследование: в S_1 и S_2 справа определяются немногочисленные очаговые тени размером от 0,3 до 0,8 см мало интенсивные с нечеткими контурами.

Томографически полостей распада убедительно не определяется.

Задание

1. Сформулируйте диагноз заболевания и обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Рекомендации по лечению.

Задача 78

У больной К. 29 лет с юношеских лет на верхушках легких определяются мелкие плотные очаговые тени. Муж болен туберкулезом легких, МБТ +. В семье есть ребенок в возрасте 6 месяцев.

У больной после переохлаждения появилась боль в левом боку, температура 38.5° , озноб, поты. Боль усиливалась при дыхании и наклоне в здоровую сторону. Через два дня боль постепенно уменьшилась, появилась одышка.

При обследовании: больная лежит на левом боку, дыхание поверхностное, учащенное, пульс 120 ударов в минуту. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Слева нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочной край слева неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука по лопаточной, подмышечной линии. Между позвоночником и восходящей верхней границей тупости - более ясный перкуторный звук с тимпаническим оттенком. На здоровой стороне, паравертебрально, притупление звука. Слева внизу голо-совое дрожание не проводится. Дыхание резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо на 2 см.

Общий **анализ крови**: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$, нейтрофилы: палочко-ядерные 18%, сегментоядерные - 66%, лимфоциты 10%, эозинофилы – 0%, моноциты - 6%, СОЭ - 40 мм/час. Мокроту больная не выделяет. В промывных водах бронхов и желудка методом посева МБТ не обнаружены.

Рентгенологическое исследование: на верхушках легких определяются мелкие, плотные очаги. В нижних отделах левого легкого гомогенное затемнение с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка 3 ребра снаружи сверху вниз и внутрь.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ - папула 24 мм.

Задание

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие необходимы дополнительные исследования?

Задача 79

Больной Д. 27 лет, обратился в областной противотуберкулезный диспансер по поводу плохого самочувствия, был обследован рентгенологически и направлен в противотуберкулезный стационар. При поступлении предъявлял жалобы на выраженную слабость, усталость, сильный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, похудание, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: вернулся из заключения год назад. Еще, будучи в лагере плохо себя чувствовал, но не обращался за медпомощью и не обследовался. После освобождения на протяжении года не обследовался. Курит, часто употребляет алкоголь.

Объективно: кожные покровы бледные, пониженного питания, число дыханий в 1 минуту - 27, пульс 100 ударов в минуту. При аускультации - умеренное количество влажных хрипов с обеих сторон, преимущественно в межлопаточной области.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы: палочко-ядерные – 8%, сегментоядерные – 66%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 15%, моноциты – 8%, СОЭ - 54 мм/час.

Общий анализ мочи: - удельный вес 1015, белок – 0,3 г/л, сахар - отрицательный, лейкоциты - 25 - 30 в поле зрения, эритроциты - 3 - 4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры.

При исследовании мокроты, мочи бактериоскопически обнаружены КУБ в большом количестве.

Рентгенологическое исследование: с обеих сторон, на всем протяжении, симметрично расположенные средне- и крупноочаговые тени, без четких контуров, сливного характера, с множественными мелкими участками просветления, тонкостенные по типу "штампованных" каверн.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте.
2. Какие необходимы еще исследования?
3. Назначьте лечение.

Задача 80

Больной С. 25 лет. При флюорографическом обследовании выявлены изменения в легких. Направлен в противотуберкулезный диспансер. Последнее флюорографическое исследование (4-е года назад) - норма.

Жалоб не предъявляет. Вместе с тем отмечает, что в течение последних 2-х – 3-х месяцев больше утомляется, выполняя привычную работу. Состояние больного хорошее. При объективном исследовании изменений обнаружить не удалось.

Общий **анализ крови**: лейкоциты – $4,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 64%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 26%, моноциты – 4%, СОЭ - 18 мм/час.

МБТ в мокроте не обнаружены различными методами.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 18 мм.

Данные **рентгенологического исследования**: справа во втором сегменте округлая негетогенная тень диаметром 4 см, с четким наружным контуром. Негетогенность тени обусловлена более плотными включениями (петрификатами) у латерального ее края и участком просветления серповидной формы - у медиального. Вокруг округлой тени группа мелких очагов.

Задание

1. Наиболее вероятное заболевание у данного больного. Обоснуйте.
2. С какими заболеваниями его необходимо дифференцировать?
3. Рекомендации по лечению.

Задача 81

Больная Л. 19 лет. Пять лет назад перенесла пневмонию, с тех пор беспокоит кашель с мокротой, периодически повышается температура, появилась одышка. В течение последнего года состояние больной ухудшилось, усилилась одышка, участился кашель, количество мокроты увеличилось до 200 мл в сутки. Мокрота приобрела гнилостный запах. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Состояние больной удовлетворительное, пониженного питания. Пальцы по типу "барабанных палочек". Грудная клетка уплощена, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: в нижних отделах обоих легких на фоне жесткого дыхания грубые сухие и разнокалиберные влажные хрипы.

В **гемограмме** лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$, повышенная СОЭ - 25 мм в час. МБТ в мокроте не обнаружены при многократном исследовании различными методами.

Проба Манту - папула 6 мм.

Данные **рентгенологического исследования**: разлитой пневмосклероз. Корни легких значительно расширены, бесструктурные, ячеистость легочного рисунка в прикорневых зонах. В нижних долях легких выраженные фиброзные изменения. Оба купола диафрагмы ограничены в подвижности.

Функция внешнего дыхания: выраженная обструкция в большей степени средних и мелких бронхов. Вентиляционная недостаточность II ст.

Задание

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Дифференциальная диагностика?

Задача 82

Больная А. 18 лет. Десять дней тому назад появились боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повысилась температура. Жалуется также на слабость, недомогание, снижение аппетита, потливость. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Ежегодно проводилась проба Манту. В противотуберкулезный диспансер не направляли. Флюорография в 17 лет, на дообследование не вызывали.

Общее состояние больной средней тяжести. Температура $37,8^{\circ}$. При осмотре грудной клетки обращает на себя внимание отставание правой половины при дыхании. Перкуторный звук справа книзу от угла лопатки укорочен. При аускультативном обследовании на месте укорочения выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Голосовое дрожание справа ослаблено.

В **гемограмме** лимфопения (15%), эозинофилия (6%), повышенная СОЭ 35 мм/час.

МБТ в мокроте не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 20 мм.

Данные **рентгенологического исследования**: справа книзу от IV ребра интенсивное гомогенно затенение с косой верхней границей. Сердце и органы средостения несколько смещены влево. Слева в апикальном сегменте несколько мягких очаговых теней. Правый купол диафрагмы не визуализируется.

Задание

1. Наиболее вероятное заболевание у данного больного?
2. С какими заболеваниями его необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза?

Задача 83

Больная Т., 22 года. Две недели тому назад появился кашель, боли в правой половине грудной клетки, повышенная утомляемость, субфебрильная температура. Обратилась в поликлинику, отсюда направлена на обследование в противотуберкулезный диспансер.

Контакт с больными туберкулезом отрицает. Последнее флюорографическое обследование было 2 года назад.

Состояние больной удовлетворительное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в дыхании. Перкуторный: звук справа в межлопаточном пространстве укорочен. Аускультативно: на фоне несколько ослабленного везикулярного дыхания на месте укорочения выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, в нижних отделах правой половины грудной клетки – шум трения плевры.

Анализ крови: повышенная СОЭ (25 мм/час). Лейкоциты – $4,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочко-ядерные – 3%, сегментоядерные – 66%; эозинофилы – 2%, лимфоциты – 26%, моноциты – 3%.

МБТ в мокроте не обнаружены.

Данные **рентгенологического исследования:** справа в среднем поле треугольной формы тень, основанием обращенная к периферии, вершиной к корню легкого. Нижняя граница тени четкая, располагается на уровне шестого ребра и проецируется на добавочную междолевую щель. Контуры верхней границы тени нечеткие, размытые. Корни легких не расширены.

Задание

1. Наиболее вероятное заболевание у данного больного?
2. С какими заболеваниями его необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза?

Задача 84

Пациент К., 14 лет обратился с жалобами на кашель с мокротой, утомляемость, слабость, раздражительность, снижение аппетита. В анамнезе частые простудные заболевания.

Реакция по пробу Манту с 2 ТЕ:

- 8 лет - папула диаметром 3 мм,
- 9 лет – папула 12 мм,
- 10 лет – папула 14 мм,
- 11 лет – папула 10 мм,
- 12 лет – папула 15 мм,
- 13 лет – папула 12 мм.

Контакт с туберкулезными больными не установлен. Химиопрофилактика не проведена.

Объективно: пониженного питания. Мышечный тургор снижен. Периферический микрополиаденит. В легких - ясных легочной звук, дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, учащены. Пульс 88 ударов в минуту. В гемограмме: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%, СОЭ – 16 мм/час. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ - папула диаметром 20 мм с лимфангоитом.

Рентгенологическое исследование: в корне левого легкого определяется полуовальная тень 4 x 3 см, с участками высокой интенсивности, неомогенной структуры с четкими контурами. Отмечается усиление легочного рисунка. На боковой рентгенограмме тень проецируется в области трахеобронхиальных лимфатических узлов. Методом простой бактериоскопии мокроты обнаружены КУБ. При ФБС обнаружено в столовой части главного бронха точечное отверстие прикрытое крошковатыми массами.

Задание

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Задача 85

Больной В., 45 лет, три недели назад перенес острое респираторное заболевание с температурой 38 - 39⁰. После приема антибиотиков и сульфаниламидов в течение трех дней температура снизилась до нормы, но у больного остались слабость, недомогание, потливость по ночам, небольшой кашель со скудной мокротой, в мокроте появились прожилки крови. Обратился к врачу, который направил его в клинику.

При осмотре: правая половина грудной клетки остается при дыхании. Отмечается напряжение мышц правого плечевого пояса. Справа под лопаткой небольшое укорочение легочного звука, здесь же аускультативно мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы.

В анализе крови: лейкоциты - $20 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 25 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ.

На обзорной **рентгенограмме** легких (прямая проекция): справа под ключицей определяется округлой формы тень 4 x 4 см с нечеткими контурами, негетогенный, средней интенсивности с небольшими просветлениями в центре и широкой "дорожкой" к корню легкого.

Через два месяца лечения противотуберкулезными препаратами больной жалоб не предъявляет. В легких хрипы не выслушиваются. Гемограмма нормальная. МБТ в мокроте не определяется. На рентгенограмме тень в легких уменьшилась наполовину.

Задание

1. Клинический диагноз при поступлении и повторном обследовании.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику до выявления МБТ.

Задача 86

Больной, К., 32 года, отмечает, что месяц назад после переохлаждения, поднялась температура до 38,5, появился озноб, кашель с небольшим количеством мокроты. Был вызван на дом врач, который диагностировал пневмонию. Рентгенологическое обследование не проводилось. Было назначено лечение: ровамицин, нимесулид, витамины, отхаркивающие средства и др. Лечился 2 недели. Самочувствие улучшилось, снизилась температура до 37,3, уменьшился кашель. Вышел на работу, однако здоровым себя не чувствовал, беспокоила слабость, выраженная ночная потливость, снизился аппетит, кашель начал усиливаться вновь, появилась мокрота. Ранее никакими заболеваниями не болел. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

При **объективном осмотре**: кожные покровы обычные, на ощупь влажные, периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно справа над верхушкой легкого - укорочение легочного звука. В этой зоне при аускультации определяются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы.

Общий **анализ крови**: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, нейтрофилы: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ - 35 мм/час.

В биохимическом **анализе крови**: СРБ (++) , сиаловая проба - 290 ед.

В мокроте методом простой бактериоскопии КУБ не обнаружены. Мокрота направлена на бактериологическое исследование.

Проба Манту - папула 16 мм.

На **обзорной рентгенограмме** органов грудной клетки (прямая проекция): в 1-м и 2-м сегменте правого легкого определяется неоднородное затемнение, состоящее из сливающихся очагов, с участком просветления. Очаговые тени с нечеткими контурами видны и в других отделах верхней доли.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дополнительные исследования необходимые для его уточнения.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Задача 87

Ребенок Т., 8 лет, заболел 3 - 4 недели тому назад. Начало болезни постепенное. Появилась слабость, ночная потливость, снизился аппетит, ребенок стал раздражительным, неохотно готовится к занятиям в школе, по вечерам повышается температура тела до $37,5 - 37,7^0$. Последние 4 дня начал беспокоить сильный, приступообразный кашель, без выделения мокроты.

Со слов мамы: дома проводилось лечение антибиотиками, домашними средствами, однако самочувствие не улучшилось.

Ранее простудными заболеваниями не болел. Был контакт с туберкулезным больным: летом отдыхал в деревне у дедушки, который болел туберкулезом.

Объективно: кожные покровы бледные, гиперплазия шейных и подмышечных лимфоузлов. При перкуссии в межлопаточной области по паравerteбральным линиям укорочение звука. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Лабораторные исследования:

общий **анализ крови:** эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 7%; нейтрофилы палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 67%; лимфоциты – 15%; моноциты – 8%; СОЭ - 32 мм/час;

общий **анализ мочи** в пределах нормы.

Проба Манту - папула 18 мм. Год тому назад - папула - 4 мм. Вакцинирован БЦЖ при рождении. Рубчик - 3 мм.

Рентгенологическое исследование: корень правого легкого значительно расширен за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы, контуры увеличенных лимфатических узлов четкие.

Задание

1. Диагноз заболевания.
2. Нужны ли дополнительные исследования? Какие?
3. С чем дифференцировать?

Задача 88

У ребенка М., 7 лет ухудшилось самочувствие, по словам родителей, примерно месяц тому назад. Он начал жаловаться на головную боль к концу дня. Мальчик стал менее подвижным, неохотно стал садиться за уроки. У него снизился аппетит, похудел. Несколько раз измеряли температуру тела: отмечается повышение в вечерние часы до $37,2 - 37,7^0$. Обращались к участковому педиатру, который рекомендовал лечение антибиотиками по поводу ОРЗ. После лечения самочувствие не улучшилось, и врач направил в противотуберкулезный диспансер. Контакт с больными туберкулезом родители отрицают.

Объективно: ребенок пониженного питания, отмечается бледность кожных покровов, наощупь кожа влажная. Отмечается увеличение шейных, надключичных и подмышечных лимфатических узлов (в среднем до размеров горошины). Они плотные, подвижные, безболезненные при пальпации. При перкуссии и аускультации изменений в легких не выявлено. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. Пульс - 92 удара в 1 минуту, ритмичный.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 110 г/л; лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$; эозинофилы – 8%; нейтрофилы палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 70%; лимфоциты – 12%; моноциты – 6%; СОЭ - 22 мм/час;

Общий анализ мочи - без отклонений от нормы;
анализ кала – яйца глистов не обнаружены.

Проба Манту папула 15 мм, год назад – папула 5 мм, 2 года назад - 6 мм. Вакцинирован БЦЖ при рождении. Рубчик - 4 мм.

На **обзорной рентгенограмме** органов грудной клетки (прямая проекция): некоторое усиление легочного рисунка.

Ребенок был направлен на консультацию к ЛОР-врачу, ревматологу. Патологии не выявлено.

Задание

1. Диагноз заболевания.
2. Нужны ли дополнительные исследования? Какие?
3. С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику?

Задача 89

Больная С., 54 лет, обратилась с жалобами на надсадный приступообразный кашель с трудноотделяемой слизисто-гноющей мокротой до 100 мл в сутки, временами с прожилками крови, одышку при физической нагрузке, температура до 37,2°С, плохой аппетит, похудание. Больной себя считает около месяца. Заболевание рассматривает как затянувшийся «грипп». Безуспешно лечилась домашними средствами. В возрасте 10 лет перенесла «золотуху». Часто болела простудными заболеваниями, 4-е года назад лечилась в стационаре по поводу правосторонней пневмонии. С тех пор отмечает постоянный кашель, периодическое повышение температуры, особенно при переохлаждении. Неоднократно лечилась по поводу хронического бронхита. Живет в деревне. Весной приехала в город к сыну, где заболела «гриппом». Затяжной характер болезни заставил обратиться к врачу. При осмотре состояние удовлетворительное. Больная пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Грудная клетка ассиметрична. На шее справа в области подчелюстных лимфатических узлов имеется рубец. Периферические лимфоузлы множественные, мелкие, плотные. Сзади справа перкуторно определяется укорочение перкуторного тона от верхушки до угла лопатки. При выслушивании справа сзади влажные хрипы на фоне бронхиального дыхания, в нижнем отделе легкого – мелкопузырчатые влажные хрипы. Число дыханий 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс 100 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$; нейтрофилы палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 68%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 19%; моноциты – 5%; СОЭ – 36 мм/ч. В **моче** следы белка, лейкоцитов – 2-3 в поле зрения, эритроциты единичные.

Рентгенологическое исследование: правое легочное поле уменьшено в объеме, в проекции верхней доли правого легкого на фоне деформированного ячеистого легочного рисунка и грубой линейной тяжистости, во 2-м межреберье определяется округлая полость диаметром 3 см с толстыми стенками, имеющими ровный внутренний контур, окруженная зоной перифокального воспаления, до уровня переднего отрезка 5 ребра определяются различной величины и интенсивности очаговые тени. Корень правого легкого деформирован, уплотнен, несколько подтянут вверх. В левом корне выявляются крупные кальцинаты. Тень трахеи смещена вправо. Видны плевроапикальные и плевродиафрагмальные наслоения справа.

Врач поликлиники диагностировал: пневмонию. Больная госпитализирована в пульмонологическое отделение. Назначена терапия: цефотаксим в мышцу, амикацин в мышцу, аэрозоли с бронхолитиками, экстракт алоэ, витамины, УВЧ-терапия на правую половину грудной клетки.

Задание

1. Правильна ли тактика?
2. Ваши рекомендации.

Задача 90

Больной Л., 25 лет, врач-педиатр. Обратился к фтизиатру с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, возникающие в момент вдоха, сухой кашель, субфебрильную температуру. Больным себя считает около полутора месяца, когда постепенно появились указанные жалобы. Решив, что у него пневмония, амбулаторно лечился в течение 3-х недель амоксициллином, макропеном. Общее состояние значительно улучшилось, кашель прекратился, температура нормализовалась. СОЭ с 24 мм в час снизилась до 8, в крови сохраняется лейкоцитоз $9,8 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерные нейтрофилы 6%. Опрос показал, что контакта с больными туберкулезом нет. В возрасте 11 лет перенес заболевание левого тазобедренного сустава, точных данных о болезни не сохранилось. Известно лишь, что длительно лечился в санатории. В настоящее время в суставе частичный анкилоз. В период учебы в институте систематически обследовался флюорографически – изменений в легких не выявляли. Последнее обследование было год назад – изменений в легких, внутригрудных лимфоузлах не выявлено. Проба Манту весь период учебы в институте оставалась отрицательной. Противотуберкулезная вакцинация не проводилась.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Они обычного размера, но плотной консистенции, местами спаянные друг с другом, безболезненные, подвижные. Кожа над ними не изменена. Со стороны органов грудной клетки перкуторно патологические изменения не выявлены. В верхнем отделе правой половины грудной клетки на фоне жесткого дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 92 удара в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Внешне область левого тазобедренного сустава не изменена. Ограничены отведение бедра в сторону (не более 15°) и движение в переднезаднем направлении (амплитуда $60-65^\circ$). Болезненность при движении и пальпации нет. При многократном исследовании скудной мокроты методом простой бактериоскопии КУБ не найдены.

Проба Манту – папула 10 мм.

На прямой **обзорной рентгенограмме** органов грудной клетки: в проекции верхней доли справа затенение средней интенсивности, неоднородное – состоит из очагов, сливающихся на фоне усиленного легочного рисунка. Корень правого легкого расширен, уплотнен и деформирован, содержит кальцинаты. Боковая обзорная рентгенограмма подтверждает, что процесс локализуется в верхней доле: дополнительно спереди от трахеи выявляется участок довольно однородного затемнения средней интенсивности правильной округлой формы с четкими контурами. Другие органы грудной клетки по данным рентгенологического исследования без изменений.

Задание

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика обследования и лечения

Задача 91

Больной Ф., 45 лет, слесарь. Направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер пульмонологом. При опросе жаловался на слабость, недомогание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания. Изменения в лёгких выявлены при прохождении флюорографии. Госпитализирован в терапевтическое отделение, проведено противопневмоническое лечение в течение 14 дней, при контрольном рентгенологическом обследовании – динамики не получено.

Больным себя не считает. Названные жалобы связывает с нагрузкой на работе. Условия труда и быта хорошие. Курит в течение 30 лет по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

Объективно. Больной астенического телосложения, кожа и слизистые обычной окраски. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС 72 удара в минуту, АД 130/85 мм рт. ст.

Анализ крови: Нв – 132 г/л; лейкоциты – $6,0 \cdot 10^9$; эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 18%; моноциты – 12%; СОЭ – 27 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес 1018, белок и сахар отсутствуют, лейкоцитов 1-2 в поле зрения, оксалаты в небольшом количестве.

Рентгенологическое исследование: во втором сегменте правого легкого фокус округлой формы, размером 2х1,5 см, средней интенсивности, гомогенный, с четкими контурами. Корень правого легкого уплотнен, несколько деформирована его структура. Справа над диафрагмой очаг Гона. Других изменений на снимке не определяется.

Задание

1. Сформулируйте более вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Задача 92

Больная Т., 22 года, обратилась к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, умеренный кашель по утрам, ухудшение аппетита, похудание. В последние две недели периодически стала отмечать температуру 37,3-37,5 С.

Из анамнеза известно, что полгода назад перенесла заболевание лёгких, которое расценивалось участковым врачом как пневмония, лечилась амбулаторно около 3 недель. Принимала антибиотики широкого спектра действия. В процессе лечения нормализовалась температура, улучшилось самочувствие, долго сохранялась слабость. Рентгенологически после курса лечения не обследовалась.

Объективно: при осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки при дыхании; перкуторно умеренное укорочение звука над верхушкой правого легкого. В верхних отделах справа выслушиваются единичные среднепузырчатые влажные хрипы на фоне везикобронхиального дыхания. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Анализ крови: лейкоциты – $9,4 \times 10^9$; Э – 3%, П – 8%; С – 60%; Л – 14%; М – 15%; СОЭ – 26 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес - 1014, следы белка, сахар не обнаружен, в осадке лейкоциты до 5 в поле зрения, эритроциты – до 3 в поле зрения.

Анализ мокроты: лейкоциты толстым слоем, единичные эритроциты, КУБ при бактериоскопии с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены.

При **рентгенологическом исследовании** (передняя обзорная и правая боковая рентгенограммы) выявлено: на верхушке правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка полость размером 2х3 см, стенки которой имеют неравномерную толщину по периметру (2-4 мм), четкие внутренние, нечеткие наружные контуры. У нижнего полюса полости по направлению к головке корня видна «отводящая дорожка», немногочисленные полиморфные очаги вокруг полости. Корень фиброзно изменен, подтянут кверху, в его структуре выявляются группы мелких кальцинатов в проекции бронхопульмональных лимфатических узлов. Плевра в области верхушки правого легкого утолщена.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте.
2. Какие дополнительные методы порекомендуете?
3. Рекомендации по лечению?

Задача 93

Мать 2-летней Светы С. обратилась к участковому педиатру по поводу того, что при купании ребенка она отметила на шее «небольшое припухание шейных железок». Опрос выявил, что на протяжении последних 2-3-х недель девочка стала капризной, плохо спит, стала вялой и капризной, особенно к вечеру, периодически без видимой причины поднимается температура (до 37,5 С). Девочка от первых родов, родилась в срок. В послеродовом периоде и в течение первого года жизни была здорова, находилась на искусственном вскармливании. Естественное питание было невозможным, так как мать ребенка была больна активным туберкулезом. В роддоме ребенок вакцинирован вакциной БЦЖ, но поствакцинального рубца на плече нет. В возрасте одного года ей была поставлена проба Манту с 2 ТЕ – реакция была отрицательной. Ревакцинация не проводилась. Последнее ухудшение состояния ребенка мать связывает с простудой.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы обследования порекомендуете?

Задача 94

Алла С., 6 лет, поступила в детское отделение больницы осенью. Со слов матери известно, что в августе-сентябре у ребенка появились утомляемость, раздражительность, уменьшился аппетит, периодически отмечалась температура ($37,1^{\circ}$ – $37,5^{\circ}$ С). В это же время на шее справа появилась припухлость, которая, постепенно увеличиваясь, достигла размеров сливы. Мать обратилась к врачу.

Анамнез жизни. Родители ребенка здоровы. Наследственность не отягощена. Девочка рождена первым ребенком, послеродовой период жизни протекал нормально. Из перенесенных заболеваний отмечены периодические респираторные заболевания. В течение трех летних месяцев находилась в деревне у бабушки, где имела непродолжительный контакт с родственником, больным туберкулезом.

Девочка вакцинирована вакциной БЦЖ, о чем свидетельствует рубец на левом плече диаметром 5 мм. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ, сделанная в мае, давала отрицательную реакцию.

При **объективном обследовании** отмечено: кожные покровы бледные, питание и тургор тканей снижен. Пальпируется 8 групп периферических лимфоузлов, они мягкие и эластичные, безболезненные, округлой формы, единичные. В группе глубоких шейных узлов справа определяется увеличенный лимфатический узел размером 2,5 x 2 см, уплотненный, безболезненный при пальпации, не спаянный с окружающими тканями, кожа над лимфоузлом не изменена.

Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы не выявлено. Артериальное давление 120/75, пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения и напряжения.

Анализ мочи: удельный вес 1020, в осадке лейкоциты 8-10 в поле зрения.

Анализ крови: лейкоциты – $10,0 \times 10^9$; палочкоядерные – 9%; сегментоядерные – 65%; лимфоциты – 20%; моноциты – 12%; СОЭ – 20 мм/ч.

На обзорной прямой и левой боковой **рентгенограммах** органов грудной клетки и срединных томограммах изменений не выявлено.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования порекомендуете?
3. Лечебная тактика.

Задача 95

На консультацию к фтизиопедиатру направлена Оля С., 2 года, по поводу гиперергической реакции (19 мм) на пробу Манту с 2 ТЕ ППД. Родители и все члены семьи здоровы. При опросе родителей выяснено, что девочка стала капризной, плохо ест, последние 2-3 недели стала покашливать. Причиной такого состояния родители считают простуду.

При обследовании участковым педиатром была поставлена туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ, её результат позволил врачу диагностировать инфицирование туберкулезом и направить больную в противотуберкулезный диспансер.

Общее состояние девочки удовлетворительное. Вес 10,6 кг, рост 78 см. Температура тела нормальная. Отмечены бледность кожных покровов, сниженный тургор тканей; на левом плече белесоватый рубец диаметром 5 мм. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 7 группах, эластичные, безболезненные. Частота дыханий 22 в минуту. Над верхним отделом правого легкого до уровня II межреберья определяется умеренно выраженное укорочение перкуторного звука, дыхание над этой зоной ослабленное, хрипов нет. Пульс 130 ударов в минуту, тоны сердца чистые. АД 95/60 мм рт. ст. Живот слегка вздут, безболезнен при пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}$, гемоглобин – 100г/л, цв. показатель – 0,91, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$; Э – 2%, П – 1%; С – 52%; Л – 38%; М – 7%; СОЭ – 17 мм/ч.

Моча без изменений. Анализ кала: яйца глист не обнаружены.

На прямой обзорной **рентгенограмме** органов грудной клетки определяется: в правом легочном поле в проекции верхней доли от верхушки на всю ширину легочного поля неоднородное затемнение, нижняя граница которого имеет довольно четкий контур, идущий через все легочное поле, изогнутый дугообразно по направлению к верхушке легочного поля. На фоне затемнения отмечается усиленный легочный рисунок. Головка правого уплотненного корня умеренно смещена кверху. Правый купол диафрагмы – на уровне V ребра. В левом легочном поле в прикорневой зоне легочный рисунок усилен. Других изменений нет. На правой боковой рентгенограмме отмечено: головка корня левого легкого значительно расширена, инфильтрирована. Структура корня плохо прослеживается. Кпереди от головки правого корня интенсивное треугольное затемнение с четким дугообразным нижним контуром, основание которого обращено к груди. Локализация тени совпадает с проекцией верхней доли.

Больной проведена трахеобронхоскопия, выявившая следующие изменения: в бронхах левого легкого изменений не выявляется; просвет правого главного бронха заметно сужен, слизистая его отечна и при соприкосновении с тубусом бронхоскопа приобретает ярко-красный цвет с образованием множественных сливающихся петехий; устье верхнедолевого бронха сужено более значительно, просвет его заполнен густой слизью.

Произведен посев содержимого бронхов на МБТ.

Задание

1. Сформулируйте диагноз с обоснованием.
2. Рекомендации по лечению.

Задача 96

Больной Миша К., 14 лет, ученик 7 класса, направлен на лечение в стационар детской больницы врачом неотложной помощи.

Заболел остро. Температура после кратковременного озноба повысилась до 38⁰С, отмечалась незначительная головная боль, небольшой приступообразный кашель, вначале сухой, а с 3-го дня заболевания влажный; беспокоила вялость, потливость, ухудшился аппетит. Врач неотложной помощи существенных изменений в органах не выявил и с диагнозом «пневмония» направил больного в стационар.

При поступлении в больницу состояние ребенка средней тяжести. Температура 39⁰С, отмечается выраженная вялость, аппетит отсутствует, кашель влажный со скудной слизисто-гноющей мокротой. Кожные покровы влажные, покрытые липким потом. На левом плече рубец, диаметр которого 6 мм. Периферические лимфатические узлы мелкие, плотные, определяются группы шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение звука слева спереди и в аксиллярной области от 2 до 4 ребра. При аускультации над зоной укорочения звука прослушивается жесткое дыхание и единичные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Число дыханий в минуту 28.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия, ЧСС 110 ударов в минуту. Тоны сердца чистые. Артериальное давление 110/80.

Из **анамнеза** установлено: мальчик от первой нормально протекавшей беременности. В раннем возрасте в физическом развитии не отставал, однако до 3 лет перенес ряд детских инфекций: в возрасте 1 мес. - цереброспинальный менингит, по поводу которого длительно лечился в инфекционной детской больнице, затем эпидемический паротит, ветряную оспу; в возрасте 2 лет – коклюш, осложнившийся пневмонией; в возрасте 3 лет – скарлатину. После 3-летнего возраста болел редко, развивался нормально. В роддоме мальчик привит вакциной БЦЖ. Ревакцинирован в возрасте 12 лет. Известно также, что в 13-летнем возрасте проба Манту не выявила реакции на туберкулин. Контакт с больным туберкулёзом не установлен.

Рентгенологическое обследование: в проекции верхней доли слева имеется негетмогенное затемнение с нечеткими контурами, сливающееся с корнем левого легкого, на его фоне имеется просветление неправильной формы 2х2,5 см.

Задание

1. Сформулируйте более вероятный диагноз, обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные исследования необходимы?
4. Рекомендации по лечению.

Задача 97

Больной И., 23 года, студент 4 курса юридического факультета университета. Занимается спортом. Последние годы ежегодно обследуется флюорографически: изменений не выявлено. Реакции на туберкулин отрицательные. После очередной флюорографии в начале учебного года вызван на дообследование. Контакт с больным туберкулёзом отрицает, никто среди родственников туберкулёзом не болел.

Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. На верхней трети левого плеча имеется плоский рубец округлой формы размерами 0,6х0,7 см – след ревакцинации вакциной БЦЖ. Перкуторно и при выслушивании в легких изменения не выявляются. Проба Манту с 2 ТЕ ППД дает реакцию нормергическую (10 мм). В общих анализах крови и мочи изменений нет. Три раза исследованы промывные воды бронхов бактериоскопическим методом и методом посева – возбудитель туберкулеза не обнаружен.

Рентгенологическое обследование: мелкоочаговые мягкоконтурированные тени в периферическом отделе второго сегмента правого легкого. Корни легких не изменены. Легочный рисунок не деформирован. Плевральных изменений не обнаружено. Сердечно-сосудистая тень расположена обычно.

Задание

1. Предполагаемый диагноз? Обоснуйте.
2. Рекомендации по лечению.

Задача 98

Больной Х., 42 года, рабочий резиновой промышленности. Вызван на дообследование в противотуберкулезный диспансер после прохождения флюорографического обследования.

При опросе установлено, что в течение последних трех недель его беспокоит слабость, сухой кашель, повышение температуры до 37,2 С, к врачу не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, повторные пневмонии (4 и 5 лет назад). Ежегодно проходил флюорографическое обследование. Отец болел туберкулезом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Перкуторно слева на ключице и сзади от верхушки до угла лопатки незначительное укорочение перкуторного звука, дыхание над этой областью бронхиальное, определяются единичные рассеянные сухие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии при осмотре не выявлено. Артериальное давление 100/60.

На флюорограмме в верхнем отделе левого легочного поля, преимущественно в проекции С₁ и частично С₂, видны единичные мелкие, мягко и четко контурированные, различные по интенсивности очаговые тенеобразования без выраженного перифокального воспаления и слияния их друг с другом.

При **бактериоскопическом** исследовании КУБ не обнаружены. **Гемограмма** и СОЭ не изменены. Общий **анализ мочи** без особенностей. Кожная чувствительность к туберкулину при постановке пробы Манту с 2 ТЕ ППД - 8 мм.

Задание.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Лечебная тактика.

Задача 99

Больной З., 47 лет, столяр. Поступил в клинику с диагнозом: левосторонний экссудативный плеврит. 5 месяцев назад перенес левостороннюю нижнедолевую пневмонию, которая сопровождалась кровохарканьем.

Из анамнеза известно, что в течение 17 лет страдает анацидным гастритом, в возрасте 45 лет оперирован по поводу прободной язвы желудка. В настоящее время жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта нет. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Объективно. Состояние при поступлении средней тяжести. Бледен, умеренный цианоз, тургор тканей снижен. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, наблюдается укорочение перкуторного звука спереди от 3-4 ребра, сзади – от угла лопатки до диафрагмы. Над этой зоной дыхание не прослушивается. Со стороны сердечно-сосудистой системы: сердце умеренно смещено вправо, тахикардия. Артериальное давление 140/80. Печень не увеличена.

Анализ крови: Нв – 134 г/л; лейкоциты – $7,6 \cdot 10^9$; эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 57%; лимфоциты – 21%; моноциты – 10%; СОЭ – 30 мм/ч. В анализе мочи следы белка.

Рентгенологическое исследование: в левом легочном поле выявляется интенсивное затемнение протяженностью от III межреберья до диафрагмы с вогнутой внутренней границей, идущей косо; структура тени гомогенная, в нижних отделах легочного поля она сливается с тенью сердца, умеренно смещенной вправо.

При плевральной пункции получено 1100 мл геморрагического экссудата. Анализ выявил: реакция Ривальта положительная, содержание белка 56 г/л. МБТ методом флотации и атипичные клетки не обнаружены. При цитологическом исследовании экссудата обнаружено: эритроциты, единичные лимфоциты и нейтрофилы, клетки мезотелия. При повторной пункции через 2 дня получено 600 мл серозно-геморрагического экссудата. Рентгенологически тень уменьшилась, стал виден корень левого легкого, уплотненный, умеренно деформированный с нечеткими наружными контурами.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта органических изменений в культе желудка и двенадцатиперстной кишке не выявлено.

Задание

1. Предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
2. Какие дополнительные методы обследования порекомендуете?

Задача 100

Больной Ф., 25 лет, инженер. После периода неудовлетворительного состояния, выразившегося в слабости и недомогании и длившегося в течение недели, почувствовал сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Одновременно появились сухой кашель со скудной слизистой мокротой и одышка при физической нагрузке.

При обращении в поликлинику выявлено: температура 38°C , слизистые губ умеренно цианотичны, дыхание поверхностное из-за боли. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Межреберные промежутки в нижних отделах боковой поверхности грудной клетки болезненные при пальпации. Перкуторно справа от уровня 4 ребра по среднеаксиллярной линии до диафрагмы определяется притупление, интенсивность которого нарастает по направлению к диафрагме. Границы притупления в виде дугообразной линии находятся в переднебоковых отделах грудной клетки. Над зоной притупления дыхание почти не проводится, на границе с нормальным легочным тоном прослушивается крепитация.

Со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено: границы сердца – правый край сердечной тупости плохо определяется, сливаясь с патологическим притуплением, левый – смещен влево на 1-1,5 см, тоны частые, ясные. Пульс – 96 ударов в минуту, мягкий. Артериальное давление 110/80.

Со стороны органов брюшной полости отмечено: живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. По другим органам без особенностей.

Рентгенологическое исследование: отмечается затемнение в нижних отделах справа, интенсивное, гомогенное, сливающееся с тенью правого купола диафрагмы. Отмечается смещение средостения влево. Верхняя часть затемнения выглядит в виде дугообразной линии. Правый купол диафрагмы не дифференцируется.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Рекомендации по лечению.