

Экзаменационный билет № 69
для проведения государственной итоговой аттестации

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной М. 35 лет. На приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения.

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

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

Лабораторные данные.

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

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. **Определите показания к госпитализации**
5. Определите тактику ведения пациента, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика**

Экзаменационный билет № 70
для проведения государственной итоговой аттестации

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

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

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно - укорочение лёгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно - дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше

справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Лабораторные данные.

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

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Общий анализ мочроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты - небольшое количество.

Анализ мочроты микроскопия на КУМ (3 анализа) - КУМ не найдены.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (в том числе, по МКБ-10)..
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. **Определите показания к госпитализации**
5. Определите тактику ведения пациента, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика**

Экзаменационный билет № 71 для проведения государственной итоговой аттестации

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациент М. 20 лет поступил на госпитализацию в неврологическое отделение городской больницы №1 с жалобами на слабость в нижних конечностях, невозможность ходить, а также на общее недомогание, снижение аппетита и массы тела, субфебрилитет по вечерам.

Заболел два года назад, когда начала беспокоить постепенно нарастающая слабость в ногах. Неоднократно обращался к участковому терапевту, который оценивал состояние пациента как проявление остеохондроза позвоночника. В последнее время перестал ходить, в связи с чем осмотрен неврологом, который заподозрил у пациента рассеянный склероз. Из анамнеза известно, что в детстве был контакт с больной туберкулёзом асоциальной матерью, которая 15 лет назад погибла от автотравмы, впоследствии пациент воспитывался бабушкой.

В стационаре проведён комплекс диагностических мероприятий.

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

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

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

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

На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. (в том числе, по МКБ-10)..
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести пациенту?

4. По какой группе диспансерного учёта подлежит наблюдению данный больной и почему?
5. Назначьте режим химиотерапии и схему этиотропного лечения больного, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика**

**Экзаменационный билет № 72
для проведения государственной итоговой аттестации**

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной Б. 24 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, кашель со скудной мокротой слизистого характера, преимущественно по утрам, одышку в покое, ночные поты. Имеет контакт с больным туберкулёзом отцом.

Болен в течение 10 дней, когда после переохлаждения повысилась температура, появилась слабость, одышка в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому; после рентгенологического обследования выявлена патология в лёгких. Направлен в пульмонологическое отделение с диагнозом «внебольничная двусторонняя очаговая пневмония».

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

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 18%, моноциты - 12%, СОЭ - 30 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1017, белок - 0,066%, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - отрицательная.

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента (в том числе, по МКБ-10)..
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Какие ещё заболевания протекают с подобной рентгенологической картиной?
4. Какие методы микробиологической диагностики можно использовать в данном случае?
6. Составьте план лечения пациента и обоснуйте свой выбор, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика**
- 5.

Экзаменационный билет № 73
для проведения государственной итоговой аттестации

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной П. 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия.

Ранее ничем не болел. ФГ ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали. Отмечает контакт с больным туберкулёзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

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

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,7 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения.

В общем анализе мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты - покрывают все поле зрения, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные. При бактериоскопии преобладают кокки. МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены.

Диаскинтест - инфильтрат 12 мм.

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

Больной был направлен к фтизиатру на консультацию.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента (в том числе, по МКБ-10).
 2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
 3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
- Определите показания к госпитализации**
4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.
 5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор, **экспертиза трудоспособности, диспансерное наблюдение, профилактика**

Экзаменационный билет № 74
для проведения государственной итоговой аттестации

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

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

Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. Последняя ФОГ год назад - на дообследование не вызывали.

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

Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин - 141 г/л, лейкоциты - $11,7 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочко-ядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа определяется интенсивное, гомогенное затемнение с косой верхней границей от уровня переднего отрезка IV ребра до диафрагмы. Небольшое смещение средостения влево.

Больной направлен в лёгочно-хирургическое отделение областного туберкулёзного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-жёлтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими, белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окружённые валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Лангханса и фуксинофильные палочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента (в том числе, по МКБ-10)..
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Определите трудоспособность пациента.
5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор, **диспансерное наблюдение, профилактика**