

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА «Внутренние болезни с курсом семейной медицины»

«Обсуждено»

на заседании кафедры Внутренние болезни №3

от «___» _____ 2023 год

№ протокола _____

зав.каф. _____ Рысматова Ф.Т.

ПЛАН РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

НА ТЕМУ №5: Туберкулезный менингит. Диагностика. Лечение. Курация больных.

ПО ДИСЦИПЛИНЕ: Фтизиатрия

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: «Лечебное дело» 560001

СОСТАВИТЕЛЬ, ст.препод: Жуманалиева Майрам Сапарбаевна

Ош – 2023г.

ТЕМА №3: Туберкулезный менингит. Диагностика. Лечение. Курация больных.

План практического занятия:

1. Определение, эпидемиология, этиология, патогенез и классификация.
2. Клиническая картина.
3. Диагностика, лечение и профилактика, осложнение.

Литература: Основная

1. Хоменко А.Г. Туберкулез / Под общ. ред. Е.И. Чазова. М., 1996.
2. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия: учебник для ме-дицинских вузов. Изд. 3-е, перераб., доп. М., 2004. 519 с.
3. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия: учебное посо-бие. М., 1996.
4. Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Респу-блике / Под ред. А.Ш. Алишерова. Бишкек, 2008. 360 с.

Дополнительная

1. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М., 1976.
2. Браженко Н.А. Фтизиопульмонология. М.: Мед., 2006. 362 с.

Программное обеспечение, электронные источники

- 1) [https //www.medicina.ru](https://www.medicina.ru)
- 2) med/vesti.ru
- 3) [https//www/medlit.ru](https://www.medlit.ru)

Контрольные вопросы:

1. Тубменингит, определение, как осложнение туб. процесса любой локализации.
2. Клинические варианты тубменингита.
3. Патологические изменения в ликворе при тубменингите.
4. Лечение больных тубменингитом (пункционный и беспункционный метод).

Формы проверки знаний:

1. Мозговой штурм.
2. Тест карточки
3. МГ, РИ

Актуальность темы: Проблему диагностики и лечения туберкулёзного менингита (ТМ) в наши дни нельзя считать решенной и при значительно возросшем арсенале диагностических и лечебных возможностей. Данное заболевание относится к остро прогрессирующим формам туберкулёза, летальность при котором составляет от 15 до 32,3%, что определяет социальную значимость заболевания. В последние годы туберкулезный менингит встречается в 7—9% случаев от общего числа больных туберкулезом.

Цель занятия: усвоить наиболее тяжелые клинические формы туберкулеза у взрослых и детей. Изучить особенности клиники туберкулезного менингита у взрослых и детей. Методы ранней диагностики, дифференциальная диагностика и лечение

Карта компетенции:

№	Тема:	Компетенции			Количество компетенций	Примечание
1	Туберкулезный менингит. Диагностика. Лечение. Курация больных.	ПК-15	ПК-2		2	

Результаты обучения ООП, дисциплины «Фтизиатрия», на тему: Туберкулезный менингит. Диагностика. Лечение. Курация больных.

№	Код и форм-ка комп-ций	Результаты обучения (ООП)	Результат обучения (дисциплины)	Результаты обучения (темы)	Методы и механизмы
1.	<p>ПК-2- Способен и готов проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного взрослого и ребенка;</p> <p>ПК-15 - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом;</p>	<p>РО6- способен интерпретировать и анализировать, результаты клинических и биохимических исследований при постановке диагноза.</p> <p>РО 8 – Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях.</p>	<p>Род3- Знает и понимает: - принципы лечения больных с туберкулезом у взрослого населения в стационарных и амбулаторных условиях (ПК-15);</p> <p>Умеет: -назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом в стационарных и амбулаторных условиях;</p> <p>Владеет: -методами назначения больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом в стационарных и амбулаторных условиях</p>	<p>Знает и понимает:-топографическую анатомию внутригрудных лимфатических узлов. -особенности течения, патогенез, клинику, диагностику, лечение первичного туберкулеза, его исходы и осложнения.</p> <p>Умеет: - устанавливать и формулировать клинический диагноз с учетом анамнеза и данных осмотра, рентгенологической картины, течения болезни. адекватное лечение в соответствии с диагнозом в стационарных и амбулаторных условиях;</p> <p>Владеет навыками: - целенаправленный сбор анамнеза болезни, методы физикального обследования органов грудной клетки-определять симптомы) -алгоритмом выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным туберкулёзом.</p>	<p>Слово учителя, Мозговой штурм, Тестовые задания, Глоссарий</p>

Форма занятия: практическое занятие

Тип занятия: используя знания у студентов формировать умение и владение

Оборудование занятия: текст лекции, карточки

Межпредметная связь: Микробиология, Семейная медицина

Внутрипредметная связь: все темы

№	Этапы занятия	Деятельность преподавателя	Деятельность студента	Методы, механизмы	Форма оценивания	Ожидаемый результат	Оборудование занятия	Регламент
1	Организационный момент	Активизация студентов к занятию	Подготовка к занятию	Слова преподавателя		Активное внимание студентов	Групповой журнал	5 мин
2	Опрос пройденного материала	Преподаватель задает вопросы к пройденной теме. Проверяет конспекты	Отвечает на заданные вопросы. Демонстрирует выполненное домашнее задание	Слова преподавателя	0,2	Обеспечить мотивацию студента к целевому обучению	Конспект Плакаты	20 мин
3	Мотивация к изучению новой темы	Для подготовки к новой теме задает вопросы студентам для определения их знания по теме, что они знают, умеют и чем владеют	Отвечают на заданные вопросы	Мозговой штурм Система знать, уметь, владеть Тест карточки	0,2	Активизировать работу студентов к новой теме	Маркеры Стикерсы	20 мин
4	Изложение новой темы	Вместе со студентами ставит цель к новой теме. Определяет ожидаемые результаты обучения. Пишет ключевые слова темы	Проявляет активность вместе с преподавателем Читает, понимает, слушает, обдумывает использование, пишет новую тему	демонстрация подготовленной работы	0,2	Формировать знания, умения, владения темой у студентов	Раздаточные материалы	30 мин
5	Закрепление новой темы	Задаёт ситуационные вопросы, даёт задание.	Работает индивидуально. Разъясняют в малых	Работа в малых группах, демонстрация	0,4	Поднимается уровень		10 мин

		Указывает направление на выполнение задания	группах. Аргументируют ответы. Предлагают свои варианты	подготовленной работы		анализирования, мышления студента		
6	Подведение итогов	Преподаватель подводит итоги, предложить провести самооценку (рефлексию). Рефлексия проводится в форме «круглого стола», когда каждый студент имеет возможность анализировать как свою работу, так и методику проведения занятия, внести свои предложения.	Излагают кратким содержанием тему	МШ	0,4	Реализация рефлексии позволит наладить обратную связь между преподавателем и студентом.		5 мин
7	Оценивание студентов за участия на занятии	Вывешивает разработанный фонд оценочных средств	Оценивают себя сами Результаты теста	Разговорный метод		Правильно воспринимать замечания, устранение своих ошибок		5 мин
8	Домашнее задание	Дает домашнее задание и методические указания к домашнему заданию.	Записывают домашнее задание. Ознакамливаются правилами выполнения	История болезни		Утверждает ответственность и интерес к выполнению задания		5 мин

Критерий оценивания:

№	Тема занятия	Вид контроля					Примечание
		Конспект лекции	Работа на занятиях	Мини опрос, тест	Активность	Итого баллов	
5	Семиотика туберкулеза. Курация больного и составление на него истории болезни. Первичный туберкулез. Ранняя и хроническая туберкулезная интоксикация. Первичный туберкулезный комплекс. Туберкулезный внутригрудных лимфоузлов. Диагностика. Лечение.	0,2	0,40	0,4	0,4 0	1,4 балл	

Краткое содержание

Общие сведения

Туберкулезный менингит как отдельная нозология существует с 1893 г., когда впервые микобактерии туберкулеза были выявлены в цереброспинальной жидкости пациентов с менингитом. В конце XX века туберкулезный менингит считался заболеванием преимущественно детского и подросткового возраста. Однако последнее время разница между заболеваемостью детей и взрослых значительно уменьшилась.

В 90% случаев туберкулезный менингит имеет вторичный характер, т. е. развивается на фоне активного тубпроцесса в других органах или признаков перенесенного раньше туберкулеза. В 80% первичный туберкулезный очаг локализуется в легких. Если первичный очаг не удается выявить, то такой туберкулезный менингит обозначается как изолированный.

Этиология

Туберкулезный менингит развивается при проникновении микобактерий туберкулеза в мозговые оболочки. Источником туберкулезной инфекции может выступать:

*диссеминированный туберкулез легких

*генитальный туберкулез

*туберкулез костей

*туберкулез молочной железы

*туберкулез почек

*туберкулез гортани и др.

В редких случаях инфицирование происходит контактным путем: при наличии туберкулеза костей черепа возбудитель попадает в церебральные оболочки, при туберкулезе позвоночника — в оболочки спинного мозга. По некоторым данным примерно в 17% случаев туберкулезный менингит обусловлен лимфогенным инфицированием. Наиболее подвержены менингиту туберкулезной этиологии оказались пациенты со сниженным иммунитетом вследствие ВИЧ, гипотрофии, алкоголизма, наркомании, пожилого возраста.

Патогенез

Основной способ инфицирования мозговых оболочек — гематогенный, при котором микобактерии разносятся с током крови. При этом их проникновение в церебральные оболочки связано с повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера. Первоначально поражаются сосудистые сплетения мягкой оболочки, затем микобактерии проникают в цереброспинальную жидкость и инициируют воспаление в паутинной и мягкой оболочках — лептоменингит. В большинстве случаев поражаются оболочки основания головного мозга, возникает так называемый базиллярный менингит. Специфическое воспаление может распространяться дальше на оболочки полушарий, а с них — на вещество головного мозга с развитием туберкулезного менингоэнцефалита.

Морфологически наблюдается серозно-фибринозное воспаление оболочек с наличием бугорков. Изменения в сосудах оболочек (некроз, тромбоз) могут стать причиной расстройства кровообращения отдельной области мозгового вещества. У пациентов, проходивших лечение, воспаление оболочек

носит локальный характер, отмечается формирование сращений и рубцов. У детей часто возникает гидроцефалия.

Симптомы туберкулезного менингита

Периоды течения

Продромальный период занимает в среднем 1-2 недели. Его наличие отличает туберкулезный менингит от других менингитов. Характеризуется появлением цефалгии (головной боли) по вечерам, субъективного ухудшения самочувствия, раздражительности или апатии. Затем цефалгия усиливается, возникает тошнота, может наблюдаться рвота. Зачастую отмечается субфебрилитет. При обращении к врачу в этом периоде заподозрить туберкулезный менингит не удастся в виду неспецифичности указанной симптоматики.

Период раздражения манифестирует резким нарастанием симптомов с подъемом температуры тела до 39 °С. Головная боль носит интенсивный характер, сопровождается повышенной чувствительностью к свету (светобоязнь), звукам (гиперакузия), прикосновениям (кожная гиперестезия). Усугубляется вялость и сонливость. Отмечается появление и исчезновение красных пятен в различных участках кожного покрова, что связано с расстройством вегетативной сосудистой иннервации. Возникают менингеальные симптомы: ригидность (напряженность) мышц затылка, симптомы Брудзинского и Кернига. Изначально они носят нечеткий характер, затем постепенно усиливаются. К концу второго периода (спустя 8-14 дней) пациент заторможен, сознание спутано, характерна типичная менингеальная поза «легавой собаки».

Период парезов и параличей (терминальный) сопровождается полной утратой сознания, появлением центральных параличей и сенсорных расстройств. Нарушается дыхательный и сердечный ритм, возможны судороги, гипертермия до 41 °С или пониженная температура тела. При отсутствии лечения в этом периоде туберкулезный менингит в течение недели приводит к смертельному исходу, причиной которого является паралич сосудистого и дыхательного центров мозгового ствола.

Клинические формы

Базиллярный туберкулезный менингит в 70% случаев имеет постепенное развитие с наличием продромального периода, длительность которого варьирует в пределах 1-4 недель. В периоде раздражения нарастает цефалгия, возникает анорексия, типична рвота «фонтаном», усиливается сонливость и вялость. Прогрессирующий менингеальный синдром сопровождается присоединением нарушений со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН): косоглазия, анисокории, ухудшения зрения, опущения верхнего века, тугоухости. В 40% случаев при офтальмоскопии определяется застой диска зрительного нерва. Возможно поражение лицевого нерва (асимметрия лица). Прогрессирование менингита приводит к возникновению бульбарных симптомов (дизартрии и дисфонии, поперхивания), свидетельствующих о поражении IX, X и XII пар ЧМН. При отсутствии адекватной терапии базиллярный менингит переходит в терминальный период.

Туберкулезный менингоэнцефалит обычно соответствует третьему периоду течения менингита. Типично преобладание симптомов энцефалита: парезов или параличей спастического типа, выпадений чувствительности, двух- или односторонних гиперкинезов. Сознание утрачено. Отмечается тахикардия, аритмия, расстройства дыхания вплоть до дыхания Чейна—Стокса, образуются пролежни. Дальнейшее прогрессирование менингоэнцефалита оканчивается летальным исходом.

Спинальный туберкулезный менингит наблюдается редко. Как правило, манифестирует с признаков поражения церебральных оболочек. Затем во 2-3 периодах присоединяются боли опоясывающего типа, обусловленные распространением туберкулеза на спинальные корешки. При блокаде ликворных путей корешковые боли носят такой интенсивный характер, что не снимаются даже при помощи наркотических анальгетиков. Дальнейшее прогрессирование сопровождается тазовыми расстройствами: вначале задержкой, а затем недержанием мочи и кала. Наблюдаются периферические вялые параличи, моно- и парапарезы.

Диагностика

Туберкулезный менингит диагностируется фтизиатром совместно со специалистами в области неврологии. Первостепенное значение в диагностике имеет исследование цереброспинальной жидкости, взятой путем люмбальной пункции. Изменения могут быть выявлены уже в продроме. Бесцветная прозрачная цереброспинальная жидкость вытекает с повышенным давлением 300—500 мм вод. ст., иногда струей. Отмечается цитоз — повышение клеточных элементов до 600 в 1 мм³ (при норме — 3-5 в 1 мм³). В начале заболевания он носит нейтрофильно-лимфоцитарный характер, затем становится лимфоцитарным. Снижается концентрация хлоридов и глюкозы. Особое внимание уделяют показателю уровня глюкозы: чем он ниже, тем более серьезен прогноз.

Типичным признаком является выпадение паутинообразной фибринозной пленки, образующейся при стоянии цереброспинальной жидкости в пробирке в течение 12-24 ч. Положительны реакции Панди и Нонне—Апельта. Наличие белково-клеточной диссоциации (относительно небольшой цитоз при высокой концентрации белка) характерно для блока в циркуляции цереброспинальной жидкости. Обнаружение микобактерий туберкулеза в цереброспинальной жидкости в настоящее время происходит лишь в 5-10% случаев, хотя ранее оно составляло от 40% до 60%. Увеличить выявляемость микобактерий позволяет центрифугирование ликвора.

Туберкулезный менингоэнцефалит отличается от базиллярного менингита более выраженным подъемом уровня белка (4-5 г/л в сравнении с 1,5-2 г/л при базиллярной форме), не очень большим цитозом (до 100 клеток в 1 мм³), большим снижением концентрации глюкозы. Спинальный туберкулезный менингит обычно сопровождается желтой окраской цереброспинальной жидкости (ксантохромией), незначительным повышением ее давления, цитозом до 80 клеток в 1 мм³, выраженным уменьшением концентрации глюкозы.

В ходе диагностического поиска туберкулезный менингит дифференцируют от серозного и гнойного менингита, клещевого энцефалита, менингизма, сопутствующего некоторым острым инфекциям (гриппу, дизентерии, пневмонии и т. п.). С целью дифференциальной диагностики с другими церебральными поражениями может проводиться КТ или МРТ головного мозга

Лечение туберкулезного менингита

Специфическое противотуберкулезное лечение начинают при малейшем подозрении на туберкулезную этиологию менингита, поскольку прогноз напрямую зависит от своевременности терапии. Наиболее оптимальной считается схема лечения, включающая изониазид, рифампицин, пиперазидин и этамбутол. Вначале препараты вводятся парентерально, затем внутрь. При улучшении состояния спустя 2-3 мес. отменяют этамбутол и пиперазидин, снижают дозу изониазида. Прием последнего в сочетании с рифампицином продолжают не менее 9 мес.

Параллельно проводят лечение, назначенное неврологом. Оно состоит из дегидратационной (гидрохлоротиазид, фуросемид, ацетазоламид, маннитол) и дезинтоксикационной (инфузии декстрана, солевых р-ров) терапии, глютаминовой кислоты, витаминов (С, В1 и В6). В тяжелых случаях показана глюкокортикоидная терапия; спинальный туберкулезный менингит является показанием для введения

препаратов непосредственно в субарахноидальное пространство. При наличии парезов в схему лечения включают неосмтигмин, АТФ; при развитии атрофии зрительного нерва — никотиновую кислоту, папаверин, гепарин, пирогенал.

В течение 1-2 мес. пациент должен придерживаться постельного режима. Затем постепенно расширяют режим и в конце 3-его месяца пациенту разрешают ходить. Результативность лечения оценивают по изменениям в цереброспинальной жидкости. В день проведения контрольной люмбальной пункции необходим постельный режим. ЛФК и массаж рекомендуют не ранее 4-5 мес. заболевания. В течение 2-3 лет после окончания терапии пациентам, перенесшим туберкулезный менингит, следует 2 раза в год проходить 2-месячные противорецидивные курсы лечения.

Прогноз и профилактика

Без специфической терапии туберкулезный менингит оканчивается летальным исходом на 20-25 день. При своевременно начатой и длительной терапии благоприятный исход отмечается у 90-95% пациентов. Неблагоприятен прогноз при запоздалой установке диагноза и поздно начатой терапии. Возможны осложнения в виде возникновения рецидивов, формирования эпилепсии и развития нейроэндокринных расстройств.

К профилактическим мерам относятся все известные способы предупреждения туберкулеза: профилактические прививки вакциной БЦЖ, туберкулинодиагностика, ежегодное прохождение флюорографии, специфические анализы крови (квантифероновый и T-spot тесты), раннее выявление заболевших, обследование контактной группы лиц и т. п.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной, 17 лет. Изменения в легких выявлены при флюорографическом обследовании. Беспокоили непродуктивный кашель, повышенная утомляемость. Состояние удовлетворительное. Рентгенологически: в верхней доле левого легкого субплеврально гомогенное округлое затенение размером до 2,5 см с резкими наружными контурами и неширокой дорожкой к корню легкого. В окружающей ткани единичные мелкие очаговые тени. О/а крови без особенностей. Проба Манту – 19 мм. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены.

1. Укажите ведущий рентгенологический синдром.
2. Дифференциальный диагноз с рядом заболеваний, имеющих схожие рентгенологические данные.
3. Какие методы дообследования еще необходимы?
4. Поставьте диагноз по классификации, его обоснование.
5. План лечения.

1. Синдром круглой тени;
2. Периферический рак, заполненные кисты, доброкачественная опухоль;
3. ФБС: исследование мазков, взятых при ФБС на АК и МБТ;
4. Туберкулома верхней доли левого легкого БК (-). Удовлетворительное состояние, типичная локализация и рентгенологическая картина, гиперэргическая туберкулиновая проба;
5. В стационаре 2 мес.: изониазид, пирацинамид, рифампицин, пиразинамид с последующим оперативным лечением.

Задача № 2

Больной 28 лет. Беспокоит слабость, потливость, боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при дыхании, субфебрильная температура тела. ЧДД – 28 в 1ц, РСц — 100 в 1ц. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторный звук укорочен спереди от 4 ребра и ниже, сзади – от угла лопатки. Над этой зоной дыхание не прослушивается. Печень не увеличена. Анализ крови: Нв – 13,4 г/л, Л – $7,6 \times 10^9$, э – 2 п – 1 с – 60 л – 27 м – 10, СОЭ – 30 мм/час. Проба Манту – 22 мм. Рентгенологически: справа от III межреберья до диафрагмы интенсивное гомогенное затенение с вогнутой верхней границей. Тень сердца умеренно смещена влево. При пункции получено 1200 мл соломенно-желтой жидкости. При анализе жидкости: МБТ (-), удельный вес 1021, белок 41 г/л, проба Ривальта (++) , лейкоциты – 810 (лимфоциты – 90%). В легких изменения не выявлены.

1. Укажите ведущие клинические и рентгенологические синдромы.
2. Перечислите ряд заболеваний с подобным рентгенологическим синдромом.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Поставьте диагноз согласно классификации.
5. План лечения.

1. Болевой синдром, синдром субтотального затемнения;
2. Плеврит парапневмонический, метастатический, эмпиема плевры, гемоторакс, транссудат;
3. Дифференциальный диагноз на основании анализа экссудата;
4. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, МБТ(-);
5. Лечение в стационаре 4 мес.: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, затем фаза продолжения 4-6 месяцев – 2 препарата.

Задача № 3

Больная 56 лет, обратилась с жалобами на боли при глотании, охриплость голоса, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера до 50 мл в сутки, одышку при ходьбе, слабость, похудание. Выше указанные симптомы постепенно нарастали в течение 1,5 лет, последние 2 месяца стала повышаться температура до 38°C. Лечилась домашними средствами без эффекта. Много лет не проходила профосмотра. Состояние больной средней степени тяжести. Акроцианоз, ЧДД – 2 в 1¢. В легких перкуторно в нижних отделах коробочный звук. Аускультативно – в верхних отделах дыхание жесткое, средне пузырьчатые влажные хрипы. PS¢ — 92 в 1¢, АД – 110/80 мм рт.ст. О/а крови — Hb – 118 г/л, L – $10,9 \times 10^9$, э – 0 п – 13 с – 70 л – 11 м – 6, СОЭ – 36 мл/час. В мокроте обнаружены МБТ. Рентгенологически: с обеих сторон явления пневмосклероза, в нижних отделах – эмфизема. По полям рассеянные очаговые и фокусные тени сливного характера, в верхних отделах множественные «штампованные» полости распада, размером до 2,5 см в d. Корни легкого смещены вверх и кнаружи. Сердце в виде «висячей капли». Плевроапикальные и плеврокостальные нашвартования. Осмотр отоларинголога: гортань умеренно гиперемирована, правый черпаловидный хрящ увеличен в объеме, здесь же небольшая язва с белесоватым налетом. Куполы диафрагмы уплощены.

1. Укажите ведущие клинические и рентгенологические синдромы

2. Перечислите заболевания с подобными клиническими симптомами. Проведите дифференциальный диагноз.
 3. Поставьте диагноз по классификации с указанием разновидности течения данной формы.
 4. Перечислите имеющиеся осложнения.
 5. Назначить план лечения.
 6. Предполагаемый результат.
-
1. Синдром интоксикации, дыхательной недостаточности, бронхитический синдром. Рентгенологический синдром – диссеминации;
 2. ХОБЛ, сг гортани с метастазами в легкие;
 3. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада БК (+), хроническое течение;
 4. Туберкулез гортани, язвенная форма;
 5. Лечение: 4 противотуберкулезных препарата (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол или стрептомицин,), 1 из которых в виде ингаляций; бронхолитики;
 6. Излечение туберкулеза гортани, частичное рассасывание очаговых и фокусных теней. Полости распада, вероятно, сохранятся. Процесс хронический, поэтому одна из основных задач лечения – прекращение бактериовыделения (негативация мокроты).

Задача № 4

Больная 50 лет. Последние 2 месяца появилась слабость, утомляемость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Состояние удовлетворительное. В межлопаточной области слева укорочение перкуторного звука, единичные и сухие мелкопузырчатые хрипы на фоне жесткого дыхания. Рентгенологически: слева под ключицей в S₁₋₂ затенение округлой формы 2 × 2,5 см, средней интенсивности, неомогенное за счет небольшого просветления в центре, контуры затенения расплывчатые, широкая дорожка к корню легкого. Вокруг единичные очаговые тени. В мокроте обнаружены МБТ. МБТ устойчивы к стрептомицину и рифампицину. О/а крови без особенностей.

1. Выделите основные клинические и рентгенологические синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз с заболеваниями, дающими подобные синдромы.
3. Поставьте диагноз по классификации.
4. План лечения с учетом чувствительности МБТ.
5. Группа диспансерного учета.

1. Синдром интоксикации, синдром округлой тени;
2. Периферический рак, сегментарная пневмония, абсцесс в стадии инфильтрации;
3. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, БК(+) (округлый);
4. Лечение в стационаре до 6 мес.: изониазид, пиперазид, этамбутол, фторхинолоны, канамицин;
5. I «А», БК (+).

Задача № 5

Больная 50 лет, инвалид II гр. по туберкулезу, состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение 5 лет по поводу хронического диссеминированного туберкулеза БК (+). Заболевание имеет волнообразное течение, беспокоит кашель, одышка, периферически субфебрильная температура. Состояние больной резко ухудшилось после приступообразного кашля. Появились боли в груди справа, нарастание одышки. При пальпации крепитация по передней стенке грудной клетки справа, тимпанический оттенок перкуторного звука справа, ослабление дыхательных шумов, смещение органов средостения влево.

- Какое осложнение туберкулезного процесса можно предположить?
- Лечебные мероприятия доврачебного уровня.
- Лечебные мероприятия первой врачебной помощи.
- Лечебные мероприятия квалифицированной помощи.
- Какие еще заболевания могут приводить к развитию данного осложнения?

1. Спонтанный пневмоторакс справа;

2. а) покой; б) неотложная транспортировка больного в удобном для него положении в лечебное учреждение в) кислород г) анальгетики;
3. а) оценка тяжести состояния больного; б) рентгенологическое исследование; в) диагностика вида спонтанного пневмоторакса; г) перевод клапанного пневмоторакса в открытый; д) пункция плевральной полости;
4. а) дренирование плевральной полости с активной аспирацией б) торакотомия с ушиванием свища в) сердечные средства, антибиотики с целью профилактики эмпиемы.
5. Буллезная эмфизема, абсцессы, гангрена легкого

Задача № 6

Больной 17 лет, студент, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, периодически приступообразный кашель, слабость. Больным себя считает в течение 3-4 недель. Имел периодический контакт с больными открытой формой туберкулеза легких. При объективном обследовании: больной несколько пониженного питания, на голенях с обеих сторон узловатая эритема. В межлопаточной области справа перкуторный звук укорочен, над зоной притупления прослушиваются непостоянного характера хрипы. Рентгено-томографически: структура правого корня четко не определяется, тень его расширена с четкой наружной границей. Проба Манту – 22 мм папула. В мокроте БК не обнаружены. СОЭ – 20 мл/час.

- Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
 - Выделите ведущий клинико-рентгенологический синдром.
 - Проведите дифференциальную диагностику.
 - Назначьте план лечения.
 - О чем свидетельствует узловатая эритема?
1. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов справа. Туморозная форма, БК (-). Диагноз ставится на основании контакта с больными туберкулезом, общих симптомов, приступообразного кашля (битонального), парааллергических проявлений, результатов гиперергической пробы Манту и клинико-рентгенологических данных;
 2. Правосторонняя лимфоаденопатия внутригрудных лимфоузлов;
 3. увеличение корня одностороннее: туберкулез, центральный рак, лимфома, пневмония прикорневая.
 4. Лечение в стационаре до 6 мес.: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол или стрептомицин, затем фаза продолжения 4-6 месяцев – 2 препарата.
 5. Параспецифическая реакция при туберкулезе.

Задача № 7

Больной 18 лет, поступил с жалобами на головную боль, двоение в глазах, повышение температуры тела до 38-39°C, слабость. Болен в течение 2 недель. В детстве перенес туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа. Лечился в противотуберкулезном детском санатории. При осмотре отмечается птоз и мидриаз слева. Поствакцинальный рубчик не определяется, из неврологических знаков отмечается ригидность затылочных мышц и слабopоложительный симптом Кернинга. При перкуссии отмечается притупление перкуторного

звука справа, в межлопаточной области. Над зоной притупления аускультативно определяется ослабленное дыхание. Рентгено-томографически: структура правого корня четко не определяется, граница его расширена, определяется включение солей кальция. Со стороны анализов крови, мочи, мокроты патологии не выявлено. Проба Манту – 21 мм папула. При исследовании спинномозговой жидкости — прозрачная, с желтоватым оттенком. При стоянии выпала фибриновая пленка. Белок – 0,99%, клеток – 152 (80% лимфоцитов), реакция Панди (++) , БК (-), сахар – 1,8 ммоль/л и хлориды – 87 ммоль/л.

- Выделите ведущий синдром.
- Сформулируйте диагноз.
- Дайте обоснование диагноза.
- С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- Назначьте лечение.

1. Менингеальный симптомокомплекс;
2. Туберкулезный менингит. Базилярная форма, стадия разгара;
3. Диагноз основывается: заболевание, как правило, вторичное, — изменения во внутригрудных лимфоузлах; гиперергическая проба Манту; постепенное развитие заболевания; базилярная локализация процесса; характерные изменения спинномозговой жидкости;
4. Менингиты другой этиологии (вирусные, вторичные гнойные, менингококковые), опухоли мозга.
5. Лечение в стационаре до 6 мес.: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол, стрептомицин, преднизолон, дегидратационная терапия, ноотропы.

Задача № 8

Больной 48 лет, инвалид II гр. по туберкулезу. Состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение 5 лет по поводу хронического деструктивного процесса БК (+). Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки. При осмотре: больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы. Рентгено-томографически: верхняя доля уменьшена в объеме, в которой определяется замкнутая кольцевидная тень d 3 ´ 4 см с толстыми стенками с очагами вокруг и в нижней доле справа.

- Сформулируйте диагноз туберкулеза.
 - Назовите ведущие клинические и рентгенологические синдромы.
 - Назовите 3-4 наиболее частых заболеваний сопровождающихся рентгенологическим синдромом полостного образования в легких.
 - Назовите наиболее частые источники кровотечения при выделении крови через рот.
 - Лечебные мероприятия доврачебного уровня при легочном кровотечении.
 - Лечебные мероприятия первой врачебной и квалифицированной помощи.
1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли справа в фазе инфильтрации и обсеменения, БК (+). Осложнение: легочное кровотечение;
 2. Рентгенологический синдром – кольцевидной тени. Клинический – легочное кровотечение;
 3. Туберкулезная каверна, абсцесс, полостная форма рака, воздушные кисты и т.д.;
 4. Бронхолегочная система: кровь алая, пенистая. Желудочно-кишечный тракт: цвета «кофейной гущи», из расширенных вен пищевода (при циррозе печени) темная, венозная, из органов носоглотки – небольшие алые кровохарканья;
 5. а) успокоить больного; б) полулежачее положение больного; в) венозные жгуты на конечности; г) лед на грудную клетку
 6. а) дицинон, викасол, хлорид кальция, аминокaproновая кислота б) свежемороженая плазма в) пневмоперитонеум г) бронхоскопия с временной окклюзией бронха д) селективная эмболизация бронхиальных артерий е) торакотомия с резекцией легкого.

Задача № 9

Больной 23 года, студент юридического института. Впервые на флюорограмме обнаружены мелкоочаговые мягкие затемнения в периферическом отделе второго сегмента правого легкого с неширокой дорожкой к корню. Корни легких не изменены. Легочный рисунок не деформирован. Жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Перкуторно и при выслушивании в легких изменения не выявляются. Проба Манту с 2 ТЕ– 10 мм. В крови и моче изменений нет. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Со слов больного – у одного из одногруппников выявлен туберкулез легких.

1. Выделите основные патологические синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и дайте обоснование основной гипотезе.

3. Поставьте диагноз по классификации.
4. Назначьте план лечения.
5. Определите группу диспансерного учета.

1. Рентгенологический синдром очагового затемнения;
2. Дифференциальная диагностика с пневмонией, микозом, раком легкого;
3. Очаговый туберкулез во втором сегменте (S₂) правого легкого, фаза инфильтрации, БК (-);
4. Лечение по III режиму: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиперазинamid 2 месяца, в фазе продолжения 2 препарата 4 месяца.
5. I «А». МБТ (-).

Задача № 10

Больной 46 лет, поступил с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой до 50 мл в сутки, одышку смешанного характера, повышение температуры до 37,5°C, похудание на 5 кг. Из анамнеза: считает себя больным в течение полугода, когда появились выше перечисленные жалобы, несколько раз отмечал появление в мокроте прожилок крови. Объективно: состояние средней степени тяжести, правая половина грудной клетки уменьшена в объеме, отстаёт при дыхании. Аускультативно – справа в проекции верхней доли амфорическое дыхание, в остальных отделах дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа в верхних отделах полости распада до 3-4 см в диаметре с фиброзными стенками, в окружающей легочной ткани очаговые тени, средостение смещено вправо.

1. Выделите основные клинические синдромы, сформулируйте диагноз с учетом фазы процесса.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Назначьте необходимое лечение.
4. Какие осложнения заболевания возможны и какое имело место у больного?
5. Каковы условия для возникновения амфорического дыхания?

1. Синдромы: интоксикации, воспалительных изменений легочной ткани, бронхестический, дыхательной недостаточности;

Диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК (+);

2. Абсцедирующая пневмония, полостная форма рака, нагноившиеся кисты, бронхоэктазы.

3. Лечение: изониазид, пиразинамид, рифампицин, этамбутол или стрептомицин, через 4 месяца консультация хирурга;
4. Осложнения: кровохарканье, легочное кровотечение, легочное сердце, дыхательная недостаточность, амилоидоз;
5. Амфорическое дыхание: условия: большая полость в легком с толстыми стенками, проходимый бронх.

Тесты 2 варианта

Вариант №1

1. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно

а) в веществе головного мозга

(+) б) в мозговых оболочках

в) в стволе головного мозга

2. Туберкулезный менингит чаще встречается у детей, его удельный вес среди всех локализаций туберкулеза у детей составляет

а) около 0.1%

(+) б) около 0.5%

в) около 1%

г) около 2%

3. Наиболее часто болеют туберкулезным менингитом дети в возрасте

а) до 1 года

(+) б) от 1 до 2 лет

в) от 2 до 3 лет

г) от 5 до 7 лет

д) от 7 до 10 лет

4. Дети раннего возраста чаще заболевают туберкулезным менингитом

(+) а) из-за несформировавшегося послевакцинального иммунитета

б) из-за несформировавшегося общего иммунитета

в) из-за высокой реактивности организма

г)из-за высокой сосудистой проницаемости

д)из-за незрелости центральной нервной системы

5.Для туберкулезного менингита у детей раннего возраста более характерно

а)постепенное начало заболевания

(+) б)острое начало заболевания

в)бессимптомное начало заболевания

6.Начальный признак туберкулезного менингита - это

а)вялость

б)снижение аппетита

(+) в)головная боль

г)повышение температуры тела

7.Наиболее характерный ранний симптом туберкулезного менингита - это

а)снижение слуха

б)снижение зрения

(+) в)повышение сухожильных рефлексов

г)ригидность затылочных мышц

8.Основным методом в дифференциальной диагностике туберкулезного менингита от других заболеваний центральной нервной системы является

а)исследование периферической крови

б)биохимическое исследование крови

(+) в)исследование спинномозговой жидкости

9.Показаниями к проведению спинномозговой пункции являются

а)потеря сознания

б)нарушение иннервации черепномозговых нервов

в)головная боль

(+) г)наличие менингеальных симптомов

10.В анализе спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите обычно наблюдается

а)повышение содержания белка

(+) б)снижение содержания сахара

в)увеличение числа нейтрофилов

Вариант №2

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

(+) а)исследование глазного дна

б)снимок черепа и позвоночника

в)туберкулиновые пробы

г)аудиометрию

2.Туберкулезный менингит необходимо дифференцировать с серозным менингитом, гнойным менингитом и менингеальной формой полиомиелита

а)из-за сходства клинических проявлений

б)из-за одинакового для них начала заболевания

(+) в)из-за сходства состава спинномозговой жидкости

г)из-за выраженности менингеальных симптомов

3.При лечении больных туберкулезным менингитом наилучшие результаты достигаются при применении следующего сочетания противотуберкулезных химиопрепаратов

(+) а)изониазид + рифампицин + стрептомицин

б)изониазид + рифампицин + этамбутол

в)изониазид + рифампицин + тизамид

г)изониазид + тизамид + стрептомицин

д)изониазид + тизамид + этамбутол

е)изониазид + протионамид + этамбутол

4.Для местного лечения интралиомбально субокципитально вводятся растворы

(+) а)изониазида

б)рифампицина

в) стрептомицина

г) любого из перечисленных препаратов

5. Патогенетические средства лечения при туберкулезном менингите преследуют цель

(+) а) уменьшить интенсивность воспалительной реакции

б) уменьшить частоту побочного действия химиопрепаратов

в) восстановить ликворообращение

6. Больные активным туберкулезным менингитом наблюдаются

а) по I группе диспансерного учета

б) по Va группе диспансерного учета

(+) в) по Vб группе диспансерного учета

7. Лица, перенесшие туберкулезный менингит, наблюдаются

а) по II группе диспансерного учета

б) по III группе диспансерного учета

в) по Va группе диспансерного учета

(+) г) по Vб группе диспансерного учета

8. Общая длительность наблюдения за лицами, перенесшими туберкулезный менингит, составляет

а) 12 месяцев

б) 2 года

(+) в) 3 года

г) 5 лет

д) 10 лет

9. Лечебная тактика при туберкулезе определяется

а) возрастом больных

б) клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений

в) наличием массивного бактериовыделения

г) наличием сопутствующих заболеваний и их характером

(+) д) всем перечисленным

10. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают

а) одновременное использование ряда лечебных средств и методов

б) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса

(+) в) использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса

Глоссарий т.е терминология по теме

1. Туберкулезный больной - пациент, которому установлен диагноз туберкулеза.

2. Туберкулин - препарат из белковой фракции туберкулезной палочки, используемый для диагностики туберкулеза.

3. Диссеминация (лат. *desseminatio* — сеяние, распространение) - рассеивание, распространение туберкулезного процесса лимфогенным, гематогенным, спутагенным (с мокротой) путями с образованием новых очагов в легких.

4. Менингит туберкулезный (*m. tuberculosa*; син. менингоэнцефалит туберкулезный) — серозный М., вызванный микобактериями туберкулеза, характеризующийся образованием милиарных бугорков на мягкой мозговой оболочке, гл. обр. в области перекреста зрительных нервов, с одновременным поражением среднего мозга.

5. ТОМОГРАФИЯ - послойное рентгенологическое исследование органа на заданной глубине.

6. Бактериовыделитель - пациент с активным туберкулезным процессом, в мокроте, моче и др. выделениях которого удается обнаружить микобактерии туберкулеза. Обозначается как МБТ +, БК +. Бактериовыделителя называют также бациллярным больным.

7. Микобактерия туберкулеза - возбудитель туберкулеза (МБТ); бацилла Коха (БК) – устаревшее название

8. Очаг - место проживания больного туберкулезом

9. Туберкулинодиагностика - метод выявления специфической сенсибилизации организма к туберкулезу путем введения через кожу туберкулина и оценки величины и характера развивающегося при этом отека.

