



**Матеріали ІХ міжнародної  
медико-фармацевтичної конференції  
студентів і молодих вчених  
(86-й щорічний науковий форум)**

---

**Материалы ІХ международной  
медико-фармацевтической  
конференции  
студентов и молодых учёных  
(86-й ежегодный научный форум)**

---

**Abstract Book of 9<sup>th</sup> International  
Medico-Pharmaceutical Conference of  
Students and Young Scientists  
(86<sup>th</sup> annual scientific forum)**

А.Л. Власик, А.В. Бесединська

## САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник – доц. О.І.Славський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Під нашим спостереженням знаходилась хвора 50 років зі скаргами на напади ядухи (3-4 рази на добу), задишку у спокої, сухий кашель, набряки нижніх кінцівок. Хворіє на бронхіальну астму (БА) і хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) протягом 3,5 років, поліноз – 6 років, інвалід II групи – 1 рік; гемангіома печінки, хронічний некаменевий холецистит. Об'єктивно: стан середньої важкості, ортопноє. Маса тіла 120 кг, зріст – 164 см, гіперстенік. Дифузний ціаноз, одутлуватість обличчя, набряки за рахунок жирової клітковини. Печінка збільшена на 2 см. Селезінка не пальпується. ЕКГ: ЧСС 100 в хв.; помірна синусова тахікардія; ЕВС не відхилена; гіпертрофія ЛШ, не виключено і правого. Дифузні зміни міокарда значно виражені в нижніх та бокових відділах ЛШ. Зміни передсердь. Флюорографія ОГК: хронічний бронхіт, пневмосклероз. Емфізема легень. Окуліст: ангіопатія судин сітківки. Спирографія: помірне зниження ЖЕЛ, помірна генералізована бронхіальна обструкція, значно знижені резервні можливості апарату вентиляції. Через 15 хв. після інгаляції 2-х доз сальбутамолу: додатна динаміка ПОШ видиху, тенденція до додатної динаміки СОШ 25/75. Зберігається легка генералізована обструкція. Проба з сальбутамолом слабо позитивна. УЗД органів черевної порожнини, нирок: ознаки дифузних змін печінки. Лікування: режим 2, діста 10 панангін, корглю-

верхньої третини гомілок. Температура тіла – 36,7 С. периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Язик обкладений. Пульс 112 ударів за хвилину, АТ – 140 / 100 мм.рт.ст. права межа серця зміщена на 2 см і ліва – на 3,5 см, тони серця ритмічні, ослаблені, функціональний шум над верхівкою. Грудна клітка бочковидна. ЧД – 30 за хвилину, перкуторно під лопаткою коробковий звук, при аускультатії – послаблене везикулярне дихання над верхівками, шорстке - під лопатками, розсіяні сухі поодинокі хрипи. Живіт збільшений кон, дексаметазон, тріас, інг. серетид, сальбутамол, тіодарон, енап Н, кардіомагніл, тіворгін, тіотріазолін. ФТЛ, ЛФК. При наростанні легенево-серцевої недостатності хвора померла, незважаючи на реанімаційні заходи. Патологоанатомічний діагноз: саркоїдоз з ураженням легень та регіональних лімфатичних вузлів. Дифузний пневмосклероз. Емфізема легень. Гіпертрофія стінки правого шлуночка серця. Дилатація порожнини серця. Вторинний амілоїдоз нирок і селезінки. Набряк легень. Дистрофічні зміни внутрішніх органів.

Особливість даного випадку в тому, що саркоїдоз легень перебігав з явищами бронхоспазму, маскуючись під БА і ХОЗЛ, а також сприяв розвитку амілоїдозу нирок та селезінки, що необхідно враховувати у обстеженні та лікуванні аналогічних хворих для попередження діагностичних помилок.